



Kunstens Potentiale i Sundhedsvæsnets Hospitaler

Valg af kunstnerisk udsmykning; Proces og metode

Fich, Lars Brorson; Hansen, Camilla Østergaard; Nielsen, Stine Maria Louring; Mullins, Michael Finbarr

Creative Commons License
Ikke-specificeret

Publication date:
2016

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):

Fich, L. B., Hansen, C. Ø., Nielsen, S. M. L., & Mullins, M. F. (2016). *Kunstens Potentiale i Sundhedsvæsnets Hospitaler: Valg af kunstnerisk udsmykning; Proces og metode*. Institut for Arkitektur, Design og Medieteknologis skriftserie Bind 97

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

KUNSTENS POTENTIALE I SUNDHEDSVÆSNET; HOSPITALER

Valg af kunstnerisk udsmykning
Proces og metode

Lars Brorson Fich
Camilla Østergaard Hansen
Stine Maria Louring Nielsen
Michael Mullins

Denne rapport er en del af forskningsprojektet
”Kunstens Potentiale i Sundhedsvæsnet”
Gennemført med støtte fra Det Obelske Familiefond.

Institut for Arkitektur og Medieteknologi,
Aalborg Universitet
2016

Skriftserie: Arkitektur & Design (A&D Files)
ISSN nr. 1603-6204
Volumen nr. 97

INDHOLD

1. Indhold	2
2 Indledning; Baggrund og formål	4
3 Hospitalsvæsnets; Formål og behov	6
3.1 Aftale mellem Danske Regioner og regeringen/finansministeriet	6
3.2 Kvalitets styrings systemer	7
3.2.1 DDKM	7
3.2.2 Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet 2015-2018	8
3.2.3 Nationalt mål for sundhedsområdet	9
3.2.4 Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser	9
3.3 Konklusion	10
4 Regler og praksis for etablering af kunstnerisk udsmykning	12
4.1 Statslige regler	12
4.1.1 Historisk baggrund	12
4.1.2 Lovgrundlag	12
4.1.3 Økonomi	13
4.1.4 Formålet med statens støtte til kunstnerisk udsmykning	13
4.1.5 Formål, Rådgivning og procedure	13
4.2 Regionale praksisser	14
4.2.1 Økonomi	14
4.2.2 Regler og lovgivning for kunstnerisk udsmykning under regionerne	14
4.2.3 Formål	14
4.2.4 Regionernes fremtidige status	14
4.3 Konklusion; Regler og praksis for etablering af kunstnerisk udsmykning.	15
5 Supersygehusene og kunststrategier; 3 cases	18
5.1 DNU Århus	18
5.1.1 Oversigt over processen	18
5.1.2 Kunststrategi for DNU Århus	19
5.1.3 DNU; Vision	19
5.1.4 Patientoplevelset og erfaret kvalitet	20
5.1.4.1 Psykologiske målsætninger	20
5.1.4.2 Sociale målsætninger	21
5.1.4.3 Eksistentielle målsætninger	21
5.1.5 Kliniske målsætninger	22
5.1.6 Andre målsætninger	22
5.1.6.1 Kunstneriske målsætninger	22
5.1.6.2 Målsætninger der vedrører de fysiske rammer	23
5.1.6.3 Strategiske målsætninger	23
5.1.7 DNU; Case interview	24
5.2 DNV Gødstrup	25
5.2.1 Patientoplevelset og erfaret kvalitet	25
5.2.1.1 Psykologiske målsætninger	25

5.2.1.2	Sociale målsætninger	27
5.2.1.3	Eksistentielle målsætninger	27
5.2.2	Andre målsætninger	28
5.2.2.1	Farvestrategi, vejvisningsstrategi og lyssætning	28
5.2.3	Bedømmelse	28
5.3	Nyt OUH, SDU og Sund	30
5.3.1	Kunststrategien	31
5.3.2	Valg af kunstprojekter	31
5.4	Konklusion på de tre cases; processer, resultater og relationer til hospitalsvæsnets behov	32
5.4.1	Processer	32
5.4.2	Resultater	33
5.4.3	Relationer til hospitalsvæsnets behov	33
6	Andre praksisser	34
6.1	Evidens Baseret Design (Evidence Based Design; EBD)	34
6.1.1	Evidence Based Art (EBA)	34
6.2	Farver	36
6.3	Sverige; "Kultur på Recept"	37
6.3.1	Organisatorisk forankring	38
6.3.2	Baggrund for "Kultur på recept 2.0" i den Svenske folkesundhedspolitik	38
6.3.3	Evaluering af "Kultur på recept 2.0"	40
7	Konklusion	42
7.1	Hospitalsvæsnets behov	42
7.2	Kunststrategier	43
7.3	En palet af kunstens potentielle tilbud til hospitalsvæsnet	43
7.3.1	Humanisering af store funktionelt og økonomisk rationelle bygningsstrukturer	44
7.3.2	Evidens Based Art	44
7.3.3	Farvesætning	44
7.3.4	Kunst som forebyggende indsats i arbejdet med folkesundhed	44
7.3.5	Kultur på recept	45
7.4	Mål og midler	45
7.5	Regelsæt	46
7.6	Kunstens (mulige) potentialer i hospitalsvæsnet.	46
7.6	Efterskrift	47
8	Referencer	48

INDLEDNING

Baggrund og formål

Nærværende rapport er en del af forskningsprojektet "Kunsten potentiale I sundhedsvæsenet" og beskæftiger sig konkret med billedkunstens potentiale inden for det Danske hospitalsvæsen.

Traditionen med at integrere kunst på hospitaler går tilbage til den tidlige middelalder da de tidligste egentlige hospitaler udviklede sig fra herberger drevet af kirken (Pevsner 1976, pp. 139-140; Cork, 2012). Traditionen har holdt sig op gennem historien sammen med en opfattelse af, at kunsten har et bidrag at yde til helbredelse og pleje. For eksempel skriver Florencen Nightingale: "...hvis du for eksempel viser en patient ti eller tolv graveringer successivt, ti-til-en på, at han ikke bliver kold, svag eller feberagtig, eller endda syg"¹. (Nightingale 1859/1952, p. 70).

Når vi stadig diskuterer kunst i forbindelse med hospitalsbyggerier er spørgsmålet således, om det blot er en indgroet tradition der har holdt sig siden middelalderen, eller om der er tale om 800 års erfaring for at kunst, som Florence Nightingale fremfører, har en gunstig virkning i forbindelse med helbredelse og pleje.

Omstruktureringen af hospitalsvæsenet er resultatet af to store reformer, dels kvalitetsreformen fra 2006 og dels strukturreformen fra 2007, hvor de 13 amter der indtil da havde drevet størstedelen af hospitalerne blev erstattet af 5 regioner. I forbindelse med kvalitetsreformen blev der etableret en kvalitetsfond på 50 mia. kr. hvoraf 22 mia. i perioden 2009 -2018 skal bruges til investeringer i nye sygehuse (Finansministeriet, 16. juni 2008). De såkaldte kvalitetsfondsbyggerier finansieres således delvist af kvalitetsfonden og delvist af regionerne. Der er i alt 16 kvalitetsfondsbyggerier inden for hospitalssektoren, hvoraf de mest markante er de 5 nye såkaldte supersygehuse.

De fleste Regioner har en tradition for, enten i form af deciderede bestemmelser eller som en praksis, at en hvis procentdel af byggesummen, anlægssummen eller håndværkerudgifterne skal investeres i kunstnerisk udsmykning. Kvalitetsfondsbyggerierne udløser således potentielt en meget stor investering i kunstnerisk udsmykning. Det estimeres, at regionernes samlede gennemsnitlige investering i kunstnerisk udsmykning i den periode kvalitetsfondsbyggerierne står på vil være 28,8 mio. kr. om året (Jessen et al. 2016, s. 19). Spørgsmålet om hvilken rolle kunsten kan eller skal spille i fremtidens danske hospitalsvæsen aktualiseres således af, at det Danske hospitalsvæsen i disse år gennemgår en omfattende udviklings og omstruktureringsproces. Spørgsmålet om kunstens potentiale i sundhedsvæsenet er således blevet aktualiseret af at opførelsen af de 5 nye supersygehuse har udløst en række store billekunstneriske udsmykningsopgaver.

¹if you show a patient ten or twelve engravings successively, ten-to-one that he does not become cold and faint, or feverish, or even sick.

Det er denne rapports ærinde, som en del af projektet "Kunstens potentiale i Sundhedsvæsenet", at evaluere procedure og processerne omkring de store udsmykningsopgaver der er knyttet til disse markante nye hospitalsbyggerier på det stadie de er i skrivende stund. Formålet er dels at vurdere, i hvilket omfang de beslutningsprocesser der ligger til grund for valg af kunstnerisk udsmykning adressere hospitalsvæsenets behov og dermed specifikt søger at udfolde et kunstens potentiale i hospitalsvæsenet, og dels at opsamle erfaringer med henblik på valg af procedure og metode til styrning af processen omkring valg af strategi for kunstnerisk udsmykning. Samtidigt vil rapporten berøre spørgsmålet, om det netop er kunstnerisk udsmykning som den fremkommer i forbindelse med kunststrategierne der bedst udfolder kunsten potentiale i hospitalsvæsenet, ved kort at gennem eksempler på andre måder at anvende kunst i forbindelse med hospitalsvæsenet eller sundhedsvæsenet som sådan.

Når rapporten ensidigt koncentrerer sig om visuel kunstnerisk udsmykning på trods af, at det er den kunstform hvis virkning der er forsket mindst i skyldes det således, at det ensidigt er denne kunstform de regionale ordninger støtter og dermed netop den kunstform der er givet bevillinger til i forbindelse med de nye kvalitetsfondsbyggerier.

HOSPITALSVÆSNET

FORMÅL OG BEHOV

For at kunne undersøge kunstens potential inden for hospitalsvæsnets er det nødvendigt at danne sig et overblik over hospitalsvæsnets overordnede behov, og dermed dets overordnede formål. Det er med andre ord stille spørgsmålet: Er der et match mellem hvad kunsten kan, hospitalsvæsnets behov og de kunststrategier der er udarbejdet i forbindelse med igangværende kvalitetsfundsbyggerier?

Besvarelsen af dette spørgsmål vanskeliggøres imidlertid af, at der ikke er udarbejdet en overordnet strategi for hvad det danske hospitalsvæsen skal yde (Mainz og Bartels 2014, s. 209). Det er derfor vanskeligt at fastslå hvilke behov hospitalsvæsnets har for at kunne leverer denne ydelse, og derfor også ganske vanskeligt at bestemme, hvilke behov kunsten potentielt kan opfylde inden for sundhedsvæsnets. Der er dog en række indikatorer, som vil blive gennemgået i det efterfølgende.

3.1 Aftale mellem Danske Regioner og regeringen/finansministeriet

Regionernes økonomi styres af årlige aftaler mellem regeringen/finansministeriet og Danske Regioner. Denne aftale fastlægger den overordnede økonomiske ramme for hospitalsdriften og de overordnede mål for den regionale del af sundhedsvæsnets.

Aftalernes indhold følger ikke det samme skema, men der er dog først og fremmest tale om produktionsmål så som at nedbringe antallet af sygehus erhvervede infektioner, reducere af ventetider og indlæggelsestid, nedbringelse af akutte genindlæggelser, nedbringe væksten i kontakter pr. patient etc. En gennemgang af disse aftaler fra 2012 til 2016 viser, at mens der generelt er tale om henvisninger til øget kvalitet nævnes egentlige kvalitetsmålsætninger i regelen ikke eller kun perifert i disse aftaler. Som undtagelserne der bekræfter regelen kan nævnes aftalerne fra 2013 og 2014. I aftalen for 2013 aftales det, at sundhedsvæsnets skal stræbe efter følgende tre overordnede målsætninger:

- Forbedring i befolkningens sundhedstilstand, herunder høj klinisk kvalitet af behandlingerne.
- Høj patientoplevelse kvalitet, herunder korte ventetider.
- Lave udgifter per borger.

(Finansministeriet 2013, s. 51)

I aftalen for 2014 nævnes kvalitetsmål ikke i selve aftalen, men det fremgår af et bilag, at den overordnede målsætning kan opdeles i forbedringer i befolkningens sundhedstilstand forstået som effektiv forebyggelse og høj klinisk kvalitet, Patientinddragelse forstået som lave ventetider og sammenhængende patientforløb og i lave udgifter per borger (Finansministeriet 2014, bilag 2 s.21).

Måling af hvorvidt målsætningerne nås foregår via en standardiseret måling af hospitalsmortalitet (HSMR), der viser antallet af dødsfald på et hospital eller i en region som procent af det gennemsnitlige antal dødsfald. Internationalt anerkendes HSMR dog ikke som kvalitetsmål. OECD har således forkastet HSMR som kvalitetsmål, og Socialstyrelsen i Sverige, der svarer til sundhedsstyrelsen i Danmark, har i en evaluering påvist, at blandt andet fordi resultatet af HSMR påvirkes af dødeligheden uden for hospitalet er det uklart hvad metoden måler. Det er derfor tvivlsomt, om man overhovedet kan tale om at der findes en egentlig overordnet national strategi for hospitalsvæsenet i Danmark. (Mainz og Bartels 2014, s. 209-210). I den udstrækning man kan tage de mål der fastsættes i de årlige aftaler mellem regeringen og regionerne som udtryk for overordnede målsætninger for hospitalsvæsenet må man konstatere, at i og med at de skifter fra år til år, er der tale om en yderst dynamisk størrelse.

3.2 Kvalitets styrings systemer

En anden indikation af hvilke ydelser det Danske hospitalsvæsen forventes at kunne yde er de overordnede kvalitetsstyringsmodeller man arbejder efter. De er under stadig udvikling hvilket som udgangspunkt gør det vanskeligt for kunststrategierne at forholde sig til dem. Ikke desto mindre er det naturligvis interessant at undersøge, om de målsætninger der er fastsat i kunststrategierne og de afgørelser der forligger vedrørende kunstnerisk udsmykning imødekommer nogen af de kvalitetsmål hospitalsvæsenet styres efter. Det er derfor både interessant at betragte den nugældende kvalitetsnorm såvel som udviklingen i opfattelsen af kvalitetsmål.

3.2.1 DDKM

Det kvalitetsstyrings system der har været gældende mens de fleste af strategierne for kunstnerisk udsmykning i kvalitetsfundsprojekterne er blevet udarbejdet, Den Danske kvalitetsmodel (DDKM), blev overdraget til hospitalerne i 2009 (Sundheds- og ældreministeriet, 2016) men vil løbet af 2015 blive udfaset for hospitalsområdet vedkommende.

Den Danske Kvalitetsmodel var et samarbejde mellem de vigtigste aktører i det Danske sundhedsvæsen, nemlig sundhedsstyrelsen, ministeriet for sundhed og forebyggelse samt de Danske regioner. DDKM omfattede, offentlige sygehuse, det kommunale sundhedsvæsen, privathospitaler der behandlede patienter i henhold til det frie sygehusvalg, det præhospitale område samt apoteker i primærsektoren. Det var intentionen, at DDKM med tiden skulle dække hele det Danske sundhedsvæsen, og dermed være med til at sikre et sammenhængende patientforløb af en ensartet høj kvalitet (IKAS 2013, p.8). Formålet med DDKM var at:

- Fremme kvaliteten af patientforløbet,
- Fremme udviklingen af den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- Synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet.

DDKM var opbygget som et akkrediteringssystem, hvilket vil sige at disse kvalitetsmål udmønter sig i en lang række akkrediteringsstandarder. Det var tanken at akkrediteringsstandarderne skulle revideres hvert 3. år og de tilknyttede institutioner skulle reakkrediteres hvert 4. år. DDKM og det fokus der ligger i modellen hvor kvalitet opfattes som overholdelse af nogle standarder for procedurer er

imidlertid blevet kritiseret. Således skriver Mainz og Bartels (2014, s. 208): ”Der foreligger ingen krav til analyse og vurdering. Dette er særdeles problematisk, fordi sammenligning og ensartethed i akkrediteringen således ikke er mulig. Der produceres herved en række data, som reelt ikke kan anvendes til kvalitetsudvikling eller ledelsesinformation, fordi den metodemæssige kvalitet er for dårlig. Dette indebærer at, at målingerne bliver rituelle og således først og fremmest gennemføres for målingernes skyld”.

3.2.2 Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet 2015-2018

I forlængelse af den Danske regnings sundhedsstrategi ”Jo før – jo bedre” (august 2014) blev der indført et nyt kvalitetsprogram kaldet ”Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet 2015-2018” (Regeringen, 2015) for de Danske hospitaler hvor det erstatter DDKM. Det hænger dels sammen med at den nye sundheds strategi fastsætter nye målsætninger, men også at man konkluderede, at sundhedsvæsenet står over for væsentlige udfordringer som følge af bl.a. højere gennemsnitlig levealder og flere kroniske sygdomme, der vil kræve et mere dynamisk styringsredskab. Det konkluderes derfor at ”potentialet for yderligere kvalitetsforbedringer via akkrediteringsmodellen ikke længere vurderes at være til stede” (s. 6). Således betyder overgangen til det nationale kvalitetsprogram en ændring ”..fra et ensidigt fokus på aktivitet og produktivitet til nye styringsformer, der har et balanceret fokus på aktivitet, kvalitet, resultater og omkostninger” (Regeringen, 2015, s. 2). DDKM’s overordnede målsætning for kvaliteten erstattes således i Det Nationale Kvalitetsprogram med:

- Forbedret sundhedstilstand i befolkningen
- Høj patientoplevelse og erfaret kvalitet
- Lave omkostninger per behandlet borger

Det bemærkes, at målsætningen i DDKM om udvikling af den kliniske kvalitet er gledet ud til fordel for en styrkelse af ”patientoplevelse og erfaret kvalitet”. Således skal ”...oplysninger, som patienterne selv rapporterer om symptomer, selv vurderet helbred og oplevet kvalitet, anvendes direkte til at målrette behandlingen og udvikle kvaliteten i sundhedsydelserne.” (Regeringen, 2015, s.10). Endvidere er prioriteringen om at ”Synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet” også gledet helt ud.

I modsætning til DDKM hvor akkrediteringssystemets meget detaljerede kvalitetsmål blev generelt styrende på nationalt plan tænkes det nationale kvalitetsprogram få overordnede kvalitetsmål udmøntet lokalt, idet: ” Det foreslås derfor, at regioner og kommuner fastlægger konkrete delmål, der skal bidrage til at nå de nationale mål. På samme måde fastsætter hvert enkelt sygehus og kommunale enhed lokale kvalitetsmål, der konkretiserer, hvor meget de hver især vil forbedre sig.” (Regeringen, 2015, s.5). I forbindelse med kunstnerisk udsmykning kan det tolkes således, at hvordan kunstens potentiale udfoldes i hospitalsvæsenet i høj grad vil afhænge af den regionale kontekst i modsætning til hvis kunsten vil skulle forholde sig til et kvalitetsparadigme der er ens for hele sundhedssektoren uanset regionale forskelle som DDKM.

Titlen ”Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet 2015-2018” indikerer at kvalitetsprogrammet kun skal fungerer inden for en tre-årig tidsramme og at der vil blive sat nye målsætninger i 2018. Som det vil fremgå er der allerede i 2016 fastlagt nye mål. Da kvalitetsfonden regulerer de midler der er afsat i forbindelse med kvalitetsreformens gennemførelse i tidsrummet 2009-2018 vil også det økonomiske grundlag under alle omstændigheder skulle revideres i 2018, hvilket naturligt må antages at afstedkomme endnu en revision.

3.2.3 Nationale mål for sundhedsvæsenet

Det fremgår af den økonomiaftale Regeringen og Danske Regioner indgik i august 2015 om regionernes økonomi for 2016 (Regeringen, 2015), at Regeringen og Danske Regioner er enige om i foråret 2016 ”at fastsætte få, ambitiøse og forpligtende nationale mål for sundhedsvæsenet, som aftales. Målene omfatter såvel kvalitetsmål som mål for sundhedsvæsenets udvikling jf. regeringsgrundlaget” (Finansministeriet 2015, s.38). I aftalen slås det fast, at det fortsat er hensigten at udfase DDKM, og at et nationalt kvalitetsprogram på sundhedsområdet bl.a. skal bygge på systematisk inddragelse af patienternes behov. Det slås således fast at systemet skal bygge på ”systematisk anvendelse af patientrapporterede oplysninger” (Finansministeriet 2015, s.42). Som sådan og med hensyn til nedtoning af rent kliniske mål minder aftalen meget om ”Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet 2015-2018”.

Målene, der blev offentliggjort i april 2016 i form af ”Nationale mål for Sundhedsvæsenet” (Sundheds og Ældreministeriet, Danske Regioner, KL, 2016) ligger ganske rigtigt i forlængelse af ”Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet 2015-2018”. De nationale mål der fastsættes er: Bedre sammenhængende patientforløb, Styrket indsats for kronikere og ældre patienter, forbedret overlevelse og patientsikkerhed, behandling af høj kvalitet, hurtig udredning og behandling, øget patientinddragelse, flere sunde leveår, mere effektivt sundhedsvæsen. Hver målsætning skal måles på en række indikatorer og da det således må forudses, at forbedring på netop de områder som er udpeget som indikatorer kan komme til at vægte højt i prioriteringen af sundhedsvæsenets indsats, er indikatorer også i høj grad vigtige for forståelsen af det udsagn om de ydelser det danske sundhedsvæsen forventes at præsterer, som implicit ligger i ”Nationale mål for sundhedsvæsen”.

Ser man på indikatorerne for de enkelte kvalitetsmål sammenholdt med de udsagn der i det efterfølgende vil blive gennemgået omkring kunstens formodede eller evidensbaserede potentiale dels i sygehusvæsenet og dels i forbindelse med den generelle folkesundhed, så er det områderne Øget patientinddragelse (indikatorerne patienttilfredshed og patientinddragelse), flere sunde leveår (indikatoren middellevetid) og mere effektivt sundhedsvæsen (indikatoren liggetid pr. indlæggelse) hvor kunsten kan have et potentiale der er relevant for sundhedsvæsenet.

3.2.4 Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

En anden indikation af hvilke parametre der prioriteres i forbindelse med fastsættelsen hospitalsvæsenets ydelser er Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). Denne undersøgelse foretages hvert år og er en spørgeskemabaseret undersøgelse. Undersøgelsen er opdelt på regioner og patientgrupper så som indlagte patienter, patienter i ambulant behandling, Patienter der har besøgt en akutmodtagelse, Kvinder der føder og Psykiatriske patienter. Undersøgelsen omfatter offentlige sygehuse og privathospitaler der deltager i det frie sygehusvalg. (Enheden for Evaluering og Brugerinddragelse 2015). Spørgsmålene er dog først og fremmest koncentreret omkring patientens relation til personalet, inddragelse af patienten i planlægningen af patientforløbet, håndtering af fejl o.lign. For LUP-2015 er spørgsmålene således typisk grupperet i under ”Din modtagelse på afdelingen”, ”Personalet under indlæggelsen”, ”Personalets involvering af dig”, ”Fejl under indlæggelsen”, ”Basale forhold under indlæggelsen”, ”Information før og under din indlæggelse”, ”Information vedrørende din udskrivelse”, ”Samarbejde med hjemmeplejen/Hjemmesygepleje/Sundhedsplejerske” og ”Dit samlede indtryk” (Enheden for Evaluering og Brugerinddragelse, 2015). Der er således ikke noget spørgsmål der direkte angår patientens oplevelse af de fysiske omgivelser på hospitalet eller patientens oplevelse af disses indflydelse på

forløbet. I sammenhæng med anvendelse af kunst på hospitaler er den vigtigste indikation af LUP-undersøgelserne således, at patienttilfredshed prioriteres, og selv om det ikke måles må man antage, at de fysiske rammer omkring patientforløbet i form af hospitalet og dets kunstneriske udsmykning kan spille en rolle for patientens oplevelse af forløbet.

3.3 KONKLUSION

Kvalitetsmålsætningerne i hospitalsvæsnet er vanskeligt at bruge som udgangspunkt på ved valget af projekter for kunstnerisk udsmykning, fordi de er under konstant forandring. Dette gælder dels fordi processen omkring valg af kunstprojekt i sig selv tager tid og dels fordi den kunstneriske udsmykning, der i dag i reglen er bygningsintegreret, må tænkes at have en væsentlig længere levetid end de skiftende kvalitetsnormerne.

I forbindelse med den aktuelle rapport om kunstens potentiale i hospitalsvæsnet gør denne dynamiske udvikling af kvalitetsmålsætninger det ligeledes vanskeligt at fastslå, om de enkelte kunststrategier for kvalitetsfundsbyggerierne søger at udfolde et potentiale i kunsten der dækker over et reelt behov i hospitalsvæsnet. Samtidigt indikerer f.eks. LUP's manglende spørgsmål omkring de fysiske rammer, at der i forbindelse med kvalitetsarbejde i hospitalsvæsnet er en udtalt mangel på opmærksomhed omkring de fysiske rammers betydning på trods af at en stigende mængde evidens peger på netop de fysiske rammers betydning (Frandsen et al. 2009), herunder antageligt den kunstneriske udsmykning.

Der synes imidlertid at være en klar tendens i de overordnede mål til at prioriterer den patientoplevede kvalitet højt, mens den kliniske kvalitet træder i baggrunden og kun figurerer implicit som grundlag for henholdsvis den patientoplevede kvalitet og for optimering af økonomien.

Når det skal undersøges om kunststrategierne for de mest markante aktuelle kvalitetsfundsbyggerier søger at realiserer et potentiale i kunsten der adresserer det danske hospitalsvæsen på en relevant måde, må det derfor først og fremmest undersøges, om kunsten tænkes at kunne bidrage til den patientoplevede kvalitet og dernæst om kunsten tænkes at kunne bidrage til den kliniske kvalitet, idet alene disse to mulige områder udgør vidt forskellige tilgange til et muligt potentiale for kunst i hospitalsvæsnet. I en større sammenhæng end blot hospitalsvæsnet, må det også ud fra de fastlagte målsætninger i "Nationale mål for Sundhedsvæsnet" undersøges, om kunsten som sådan kan have en indvirkning på folkesundheden.

I det efterfølgende vil først procedurer og metoder omkring valg af projekter til kunstnerisk udsmykning blive gennemgået hvorefter tre kunststrategier samt efterfølgende konkurrenceprogrammer og afgørelser vil blive gennemgået som cases, med henblik på at undersøge hvilke bud på et potentiale for kunsten i hospitalsvæsnet de rummer, og endelig, om de søger at inddrage andre parametre eller om de snarere forholder sig til det klassiske kunststøtte paradigme. Som det vil fremgå bygger procedurerne omkring valg af projekter til kunstnerisk udsmykning helt eller delvist på tradition, og en række andre mulige tilgange vil derfor blive resumeret.

REGLER OG PRAKSIS FOR ETABLERING AF KUNSTNERISK UDSMYKNING

I det følgende vil såvel de statslige regler for processerne og økonomien i forbindelse med statslige byggeopgaver som de regionale praksisser blive gennemgået. De statslige regler gælder ikke for regionerne der står for opførslen af kvalitetsfundsprojekterne, herunder supersygehusene, men hovedparten af regionernes praksis omkring kunstnerisk udsmykning er i større eller mindre grad inspireret af den statslige praksis.

4.1 STATSLIGE REGLER

Regionerne, som kvalitetsfundsbyggerierne hører under, er ikke omfattet af de statslige regler for støtte til kunstnerisk udsmykning. Da de procedurer regionerne traditionelt har valgt i forbindelse med valg af kunstprojekterne til kvalitetsfundsbyggerierne imidlertid i nogen udstrækning læner sig op ad de statslige procedure, er det imidlertid relevant at indlede med at klargøre det grundlæggende formål med den statslige ordning.

4.1.1 Historisk baggrund

Selv om traditionen med statslig kunststøtte i Danmark går tilbage til enevælden, blev den første lov om statslig støtte til kunstnerisk udsmykning først vedtaget i 1956. Det skete på baggrund af at Danske kunstnere i 1953 havde gennemført en demonstration, hvor man demonstrerede for at 2% af byggesummen i offentligt byggeri skulle afsættes til kunstneriske udsmykning som en støtte til kunsten og de udøvende kunstnere. Der er imidlertid ikke fastsat nogen procentsats i loven fra 1956. I 1964 vedtages lov om Statens Kunstfond hvis formål er: "...fremme af dansk skabende kunst inden for den bildende kunst, den litterære kunst og tonekunsten...", altså en støtte til kunsten og ikke til brugerne af kunsten, gennem f.eks. folkeoplysning, udbredelse af kunsten el.lign. Først i 1983 kommer loven til at indeholde et krav om, at en fast procentsats af byggesummen i statslige byggerier afsættes til kunstnerisk udsmykning (Grut, 1995, s. 13-15 og s.31).

4.1.2 Lovegrundlag

Etablering af kunstnerisk udsmykning i statslige byggerier er reguleret "Lov om billedkunst og kunstnerisk formgivning" (Kulturministeriet 2013) og det dertil knyttede "Cirkulære om kunstnerisk

udsmykning af statsligt byggeri m.v.” (Klima-, Energi og Bygningsministeriet 2004), populært kaldet ”Kunstcirkulæret”, både hvad angår budget og proces. Kunstcirkulæret er yderligere uddybet i ”Vejledning til cirkulære om kunstnerisk udsmykning af statslige byggerier m.v. (Klima-, Energi- og Bygningsministeriet 2015)

4.1.3 økonomi

Cirkulæret fastsætter et beløbet til kunstnerisk udsmykning i statsligt byggeri skal svare til 1,5% af håndværkerudgifterne eksl. Moms. og gælder for alle statslige byggerier, hvor håndværkerudgifterne overstiger 1 mio. kr. eksl. moms. Cirkulæret omfatter både bygninger staten ejer, private ejendomme hvor statslige midler finansierer om- eller tilbygninger og bygninger der bruges af institutioner der modtager et statsligt driftstilskud svarende til mindst 50%.

4.1.4 Formålet med statens støtte til kunstnerisk udsmykning

Selv om loven er revideret flere gange er formålet med Statens Kunstfond, der er fastsat i loven om billedkunst og kunstnerisk formgivning, ”at fremme billedkunst og de kunstneriske dimensioner af arkitektur, kunsthåndværk og design i Danmark samt dansk billedkunst og de kunstneriske dimensioner af dansk arkitektur, kunsthåndværk og design i udlandet”. Formålet er altså stadig at støtte kunsten. Det rene kunststøtte perspektiv oplødes dog i vejledningen, hvor både hensynet til brugerne, bygningens funktion og arkitektur nævnes: ”Det er intentionen, at kunsten skal tilføjer en kvalitativ dimension til bygningens arkitektur og til brugernes oplevelse af den.... Typen af kunst bør vælges under hensyntagen til bygningens arkitektur, funktion og bygningens brugere” (Klima- Energi- og Bygningsministeriet, 2015. s 3-4). Selv om den oprindelige intention med princippet om at tildele en bestemt procentdel af byggesummen for et statsligt byggeri til kunstnerisk udsmykning altså var støtte til de udøvende kunstnere og selve kunsten, er der i dag således sket en opblødning, og positionen kan nok bedst beskrives som et ikke nærmere defineret midt imellem. Som Camilla Jalving beskriver det i antologien ”Stedssans”: ”...der er et stort behov for, at den kunsthøjhed, der for fremtiden strømmer ud fra Statens Kunstfond, ikke kun består i at matche stedet med den rigtige kunstner, men også i at formidle valgene. Den offentlige kunst kan, når den er bedst, skabe kollektive refleksioner over et steds betydning og problemstillinger, men rammerne for refleksionen skal prioriteres, hvis ikke udvekslingen skal tabes på gulvet.” (Jalving 2014, s.35).

4.1.5 Formål, Rådgivning og procedure

I henhold til kunstcirkulæret og den bagvedliggende lovgivning er statens kunstfond statens rådgiver vedrørende spørgsmål om kunstnerisk udsmykning. I henhold til vejledningen til kunstcirkulæret vil den typiske procedure være således:

- Den statslige bygherrer henvender sig så tidligt i forløbet som muligt til statens kunstfond.
- Bygherren nedsætter et *kunstudvalg* der har til opgave i dialog med Statens Kunstfond eller en konsulent udpeget af Statens Kunstfond at beslutte grundlaget for den kunstneriske udsmykning.
- Dette indebærer, at der udarbejdes en *kunststrategi* der fastsætter samspillet mellem bygningens arkitektur og den kunstneriske udsmykning. Det er kunstudvalget der godkender kunststrategien.
- Valget af kunstner eller kunstnere sker på baggrund af en *kunsthøjhed indstilling* fra Statens Kunstfond eller den af Statens kunstfond udpegede kunsthøjhedskonsulent. Kunstudvalget kan vælge enten at udpege en enkelt kunstner, eller udskrive en *konkurrence*. Kunstudvalget godkender

valget af kunstner og skitseforslag. Hvis der er uenighed i kunstudvalget er det ledelsen hos bygherren der træffer den endelige afgørelse.

Det er således kunstudvalgets opgave at godkende såvel kunststrategi som valget af kunstner og den/de valgte kunstneres skitseforslag

4.2 REGIONALE PRAKSISSE

4.2.1 Økonomi

De Danske Regioner er som beskrevet ikke omfattet af de statslige regler for kunststøtte, således som de er fastlagt i Kunstcirkulæret. Man har dog som udgangspunkt i stort udstrækning valgt at læne sig op ad cirkulærets og den dertil knyttede vejlednings metodik, hvor det beløb der afsættes til kunstnerisk udsmykning udregnes som en procentdel af byggesummen eller håndværkerudgifterne. De regionale beløbsrammer svinger fra 0,5 % til 1,5% og er i nogen tilfælde begrænset af et maksimums eller minimums beløb. Det skal bemærkes, at der kan være en væsentlig forskel, idet håndværkerudgifterne betegner de rene udgifter til opførsel af byggeriet, mens byggesum og anlægsudgifter tillige indeholder forskellige omkostninger, for eksempel til diverse forundersøgelser, afholdelse af konkurrence, rådgivere så som arkitekter, ingeniører, bygherrerådgivere, konsulenter mm.

Region	Procentdel der afsættes til kunstnerisk udsmykning
Region Nordjylland	0,5 % af byggesummen, dog max 500.000 kr. (Sloth 2014; Nordjyllands Amt, 1999)
Region Midtjylland	Ingen fast politik (Bjerre 2014)
Region Syddanmark	0,5 % i sager over 10. mio. kr. (Region Syddanmark 2011, s. 24)
Region Sjælland	Praksis for 1,5% af håndværkerudgifterne (Jensen 2014)
Region Hovedstaden	1 % af den skønnede anlægssum (Region Hovedstaden 2011 a, s. 4)

At regionerne ikke er forpligtet af lovgivningen til at anvende dette beløb på kunstnerisk udsmykning betyder imidlertid, at beløbet kan beskæres f.eks. i forbindelse med besparelser eller set i perspektivet af den enkelte opgaves økonomiske omfang.

4.2.2 Regler og lovgivning for kunstnerisk udsmykning under regionerne

Regionale investeringer i kunstnerisk udsmykning befinder sig reelt i en form for juridisk vakuum. For det første gælder regler og lovgivning omkring statslig støtte til kunstnerisk udsmykning som nævnt ikke. For det andet gælder reglerne for offentlige udbud, der normalt styrer offentlige indkøb og investeringer, heller ikke for kunst (Konkurrence og Forbrugerstyrelsen, 2006, s.94-100). Hvor både udbudsloven og kunstcirkulæret med tilhørende vejledning indeholder hver deres sæt detaljerede vejledninger for procedure, betyder det for det første, at der ikke er nogen bestemte regler for hvilke procedure der skal anvendes ved regionale investeringer i kunstnerisk udsmykning. Dette gælder både med hensyn til regler for valg af kunstner og for valg kriterier for valg af selve den kunstneriske udsmykning i det enkelte konkrete tilfælde. For det andet betyder det på den økonomiske side, at der tale om regionale investeringer der i tilfælde hvor der kan være tale om forholdsvis store budgetter som f.eks. supersygehusene, reelt ikke er underlagt en regelstyring som regionale investeringer tilsvarende størrelse ellers ville være. For eksempel fastsætter udbudsloven nøje bestemmelser for det juridiske forhold mellem en leverandør og det offentlige med hensyn til rettigheder, forpligtigelser og hvad der f.eks. skal ske ved misligholdelse fra en af parternes side, udvælgelseskriterier etc. Alt sammen noget der sikre begge parter.

4.2.3 Formål

De regionale regler for at afsætte beløb til kunstnerisk udsmykning er i reglen snarere bundet af tradition end af klart formulerede overordnede formål. Beslutninger om ud fra hvilke kriterier den kunstneriske udsmykning skal vælges vedtages således ofte ad hoc af projektorganisationen i forbindelse med det enkelte projekt.

Region Nordjylland baserer sig på en økonomiudvalgsbeslutning i det daværende Nordjyllands Amt, hvori det bemærkes ”at det har været den oprindelige ide primært at understøtte Nordjyske Kunstnere” – altså et klart kunststøtte formål med regionalt sigte. Samme økonomiudvalgsbeslutning fastsætter et maksimumsbeløb for kunstnerisk udsmykning på kr. 500.000,- (Nordjyllands Amt, 1999; e-mail korrespondance: Sloth, 2014)

Region Hovedstaden har udarbejdet anbefalinger for anvendelsen af helende arkitektur. Heri henvises på den ene side til Evidence Based Design (EBD), hvorefter visuelle stimuli så som udsigt til eller billeder af natur samt farver kan virke afstressende eller kan anvendes i forbindelse med smertebehandling. På den anden side bemærkes det, at ”Der er ingen definition på hvad god kunst er, endvidere kan man diskutere hvad begrebet ”kunst” indebærer, og derfor er det ikke hensigtsmæssigt at definere deciderede krav til hvad kunst på hospitaler skal være”. Endvidere advokeres for en decentral fastsættelse af målsætningen for kunstnerisk udsmykning, idet ”..det er vigtigt at man på det enkelte projekt tager bevidst stilling til hvad man vil med kunsten...” (Region Hovedstaden, 2010. s. 18-19). Et eksempel på denne strategi kan være udbygningen af Herlev hospital, hvor stillingtagen til den kunstneriske udsmykning er en integreret del af brugerprocessen (Region Hovedstaden, 2011b). Der er således ikke tale om at formålet på nogen måde er kunststøtte, men snarere tale om enten evidensbaserede eller funktionelle målsætninger.

4.2.4 Regionernes fremtidige status

Der foregår en løbende debat om regionernes fremtidige status og om hvorvidt regionerne skal nedlægges og hospitalsdriften som følge deraf skal lægges ind under staten. I givet fald vil det umiddelbart betyde, at hospitalerne frem over i fuldt omfang vil falde ind under kunstcirkulæret. Det vil for det første betyde, at fremtidige byggerier inkl. om- og tilbygninger med håndværkerudgifter på over 1 mio. kr. eksl. moms. vil være forpligtet af cirkulærets bestemmelse om anvendelse af 1,5 % af håndværkerudgifter eksl. moms. uden mulighed for at skære i dette beløb. For det andet vil det betyde, at statens kunsthøjester eller konsulenter udpeget af statens kunsthøjester vil blive rådgiver for disse projekter under alle omstændigheder. For det tredje vil det betyde, at formålet med anvendelse af kunst på hospitaler vil falde ind under det samme formål som kunstnerisk udsmykning i alt andet statsligt byggeri, således som det er fastsat i kunstcirkulæret. Formålet vil derfor skifte fra potentielt at kunne have et rent hospitals orienteret perspektiv til også at have et mere kunststøtte orienteret perspektiv.

4.3 Konklusion; Regler og praksis for etablering af kunstnerisk udsmykning.

- Regionerne har for fire ud af fems vedkommende regler der i lighed med statens regler fastsætter, at en bestemt procentsats relateret til anlægsbudgettet skal afsættes til kunstnerisk

udsmykning. Denne fremgangsmåde er historisk set en måde at støtte kunsten og kunstnerne på og ikke relateret til f.eks. brugerne, selv om praksis er blevet blødt op for statens vedkommende. For regionernes vedkommende fremstår denne fremgangsmåde i dag hovedsageligt som en ureflekteret tradition der ikke relaterer sig systematisk til de regionale bygninger der måtte være tale om i form af deres brugere, personale eller drift i øvrigt.

- Processerne omkring regionale investeringer i kunstnerisk udsmykning er hverken reguleret af den statslige lovgivning med tilhørende cirkulære og vejledning, eller af udbudsloven som i øvrigt styrer al offentligt indkøb. Der foreligger altså ikke noget bindende regelsæt der kan være styrende for hverken procedure omkring valg af kunstner, kriterier for valg af kunstnerisk udsmykning eller de gensidige forpligtigelser mellem kunstner og region.

SUPERSYGEHUSENE OG KUNSTSTRATEGIER; 3 cases

De 5 nye supersygehuse har aktualiseret spørgsmålet om kunstens potentiale i den del af sundhedsvæsenet som repræsenteres af hospitalerne. Alene størrelsen af disse projekter udgør en stor udfordring for proceduren omkring disse kunstprojekter. Statens kunsthøjester er da også, i forbindelse med det første projekt, DNU i Århus, gået ind i projektet med det erklærede formål, at man som statens primære formidler af kunst i det offentlige rum ønsker at medvirke til, at "udvikle et redskab, der kan styre og formidle integrationen af kunst i de store offentlige byggerier" (Tallant og Thiis 2010, s. 5). De Kunststrategier der er eller vil blive udarbejdet for de 5 nye supersygehuse er således dels udsagn om processen, og dels er de udsagn om, hvordan og hvad man forestiller sig kunstens rolle i et moderne dansk sundhedsvæsen kan være.

5.1 DNU Århus

DNU Århus, udvidelsen af Skejby sygehus, var det første kvalitetsfundsbyggeri der skulle håndtere udfordringen med at integrere kunstnerisk udsmykning i super-sygehus skala, og er som sådan til dels kommet til at danne skole for de efterfølgende projekter. Man har lagt den mulighed der beskrives i kunstcirkulærets for at afgøre valg af kunstner og værk gennem en konkurrence til grund for processen omkring valg af kunstprojekter. Processen med at omsætte kunststrategiens målsætninger til indhold i konkrete udstillingsprojekter forløber langt hen ad vejen efter samme metodik som kendes fra arkitektkonkurrencer, med udarbejdelse af et konkurrenceprogram på baggrund af kunststrategien, nedsættelse af en dommerkomite og en afgørelse begrundet i en betænkning fra dommerkomiteen. I det efterfølgende vil de målsætninger som er beskrevet for DNU's udsmykningsprojekt således som de fremgår af kunststrategien, konkurrenceprogram, tildelingskriterier og afgørelse blive beskrevet. Formålet er at undersøge i hvor høj grad de synes at stemme overens med hospitalsvæsenets overordnede kvalitetsmål og dermed synes at udfolde kunstens potentiale i forhold til sundhedsvæsenet. Endvidere er det et formål, at undersøge hvorvidt kunststrategiens intentioner føres igennem og udmønter sig i de valgte værker, for at undersøge processen som styringsværktøj.

5.1.1 Oversigt over processen

Som nævnt følger processen den mulighed der er beskrevet i kunstcirkulæret med udskrivelse af en konkurrence men er i sin metodik til dels også inspireret af proceduren omkring arkitektkonkurrencer:

- Oktober 2010 foreligger "Kunststrategi for DNU i Århus"
- 31. januar 2013 afsluttes en prækvalifikationsrunde. Over 200 kunstnere har anmodet om prækvalifikation, heraf vælges fire danske kunstnere, nemlig Sophia Kalkau, Hanne Nielsen &

Birgit Johnsen, Morten Stræde og Troels Wörsel. Ud over disse fire er fire kunstnere forhåndsinviteret, nemlig kunstnergruppen 'Island Life' (DK), Thierry Feuz (Ch), Matt Mulligan (USA) og Michale Jäger (De).

- Januar 2013 foreligger "Det Nye Universitetshospital i Aarhus; Kunstnerisk Udsmykning; Konkurrenceprogram".
- Juni 2013 foreligger afgørelsen i form af "Dommerbetænkning; Statement of the jury; Kunstkonkurrence – Udsmykning af Det Nye Universitetshospital i Aarhus". Som vindere udpeges Sophia Kalkau, Birgit Johnsen og Hanne Nielsen, Matt Mullican og Thierry Feuz.

5.1.2 Kunststrategi for DNU i Århus

Kunststrategien for DNU i Århus er opbygget af en række hovedafsnit. I det første fastslås visionen for strategien og strategiens egentlige målsætninger, mens det efterfølgende afsnit "Værdier og fordele" rummer det egentlige kunstprogram, program mål samt vejledninger for gennemførelse af bestillingsopgaver og stillingtagen til den eksisterende kunstsamling. Efterfølgende afsnit rummer referencer til andre projekter i ind- og udland, overvejelser vedr. integration mellem kunst og design på det nye supersygehus, overvejelser omkring konkretiseringsmuligheder, handlingsplan, organisationsstruktur med videre. Et særskilt afsnit rummer en selvstændig strategi for anvendelsen af hospitalets omfattende eksisterende samling af kunst.

5.1.3 DNU; Vision

Visionen for DNU's kunststrategi virker umiddelbart meget omfattende og ambitiøs, med en lang række forholdsvis forskelligeartede målsætninger så som at "Skabe rum for tværfagligt samarbejde, hvor folk kan dele viden og arbejde kreativt sammen", "Understøtte banebrydende tværfaglig research, hvor kultur og videnskab bringes sammen", "Udvikle platforme for offentlig diskussion og forskning", at skabe et "Helhedsorienteret, helbredende miljø", at "forkorte indlæggelsestider", at "Skabe identitet på et sted, hvor folk ofte føler identitetstab", at "Engagerer et bredt publikum", at "Præsentere de bedste nye danske og internationale samtidskunstnere", at "Styrke Århus' placering som et innovativt kulturelt og kunstnerisk videns center", at "Genrerer atmosfære, oplevelse og underholdning, hjælpe orienteringen" med mere (Tallant og Thiis 2010, s. 9).

Med det in mente, at Statens Kunstfond gennem sit engagement i processen ønskede at bidrage til at "udvikle et redskab, der kan styre og formidle integrationen af kunst i de store offentlige byggerier" (Tallant og Thiis 2010, s. 5) er det naturligvis interessant at prøve at følge disse målsætninger gennem processen og se hvorledes og i hvilket omfang de er kommet til udtryk i det endelige kunsthøring. Kunststrategien for DNU er lavet som det første specifikke bud på, hvad kunsten har at tilbyde i kontekst af de nye supersygehuse og den vision de repræsenterer for det danske hospitalsvæsen for de næste 20 – 50 år. I forbindelse med denne rapport er det derfor naturligvis særligt interessant at undersøge i hvor høj grad dels selve processen og dels dens resultater, de valgte kunstprojekter, giver et bud på hvad kunsten potentiale i hospitalsvæsenet kan være.

Man kan anskue DNU's proces fra mange synsvinkler. For imidlertid at søge at uddrage netop hvilke bud på et potentiale DNU's kunststrategi repræsenterer kan man forsøge at udlede et sæt kategorier af dens mange målsætninger, og undersøge hvordan hver enkel kategori kommer til udtryk i hver af processens faser: strategi, program, bedømmelseskriterier og afgørelse. Ved at lade disse kategorier i så vidt omfang som det er muligt tage udgangspunkt i de relevante målsætninger i "Nationale Mål for Sundhedsvæsenet", kan man danne sig en forestilling om i hvilket omfang DNU's proces og endelig resultat overlapper med sundhedsvæsenets øjeblikkelige målsætninger.

5.1.4 Patientoplevelt og erfaret kvalitet

I lyset af, at den patientoplevede kvalitet kommer mere og mere i centrum som det er fremgået af det foregående afsnit, er dette måske den vigtigste og umiddelbart mest centrale kategori at følge gennem processen, og den kategori hvis resultater umiddelbart kan forventes at give de vigtigste bud på kunstens potentiale i sundhedsvæsenet.

De målsætninger hvormed DNUs kunststrategi adresserer den patientoplevede kvalitet kan opdeles i tre kategorier: henholdsvis de psykologiske, sociale og eksistentielle målsætninger.

5.1.4.1 Psykologiske målsætninger

Blandt det, der kan kategoriseres som psykologiske målsætninger lægger strategien vægt på de lindrende psykologiske effekter af kunst og ønsker specifikt, at kunsten ”nedsætter psykologisk stress”, er ”trøstende” og ”forbedre velværet hos patienterne”, (Tallant og Thiis 2010 s. 6-9).

Kunststrategien beskriver ligeledes hvorledes kunsten skal være psykologisk aktiverende og at kunsten skal ”aktivt inspirerer” og ”engagerer” patienterne, de pårørende og personalet i deres hverdag på sygehuset. (Tallant og Thiis 2010, s. 6-9), ligesom der er et stort fokus på kunstens evne til at skabe en fælles identitet for hospitalet, idet kunsten skal bidrage til at ”skabe identitet hos patienter, pårørende og personale”. (Tallant og Thiis 2010, s. 6-9)

Kunststrategien peger altså overordnet på tre psykologiske baserede hovedemne hvor kunsten tænkes at kunne understøtte kvaliteten i såvel patienter, pårørende og personales oplevelse af hospitalet og mødet med hospitalsvæsenet.

Der argumenteres i overlappet mellem psykologiske og eksistentielle målsætninger med at:

“Det er veldokumenteret, at kunst kan lindre smerte, nedsætte stress og forbedre velværet såvel som danner ramme omkring svære spørgsmål angående sygdom og helbred, liv og død. Velovervejede og veludvalgte rum vil have indflydelse på patientens oplevelse, og passende kunstværker vil forbedre denne dynamik betragteligt” (Tallant og Thiis 2010, s.6)

Der er imidlertid ingen konkrete referencer til den nævnte dokumentation. I kontrast til ovenstående citat konkluderes det i rapporten ”Helende Arkitektur” at ”Dog eksisterer der meget lidt videnskabelig dokumentation i litteraturen for kunstens målbare eller oplevede effekt, og det er i denne sammenhæng relevant at pege på et evident behov for at udfolde og beskrive området i en videnskabelig sammenhæng” (Frandsen et al. 2009, s. 63). Endvidere må det påpeges, at den evidens der findes på området ikke drejer sig om kunst i al almindelighed, men typisk om f.eks. landskabsbilleder med et meget specifikt indhold. Selv der er den eksisterende evidens som konkluderet at Lankston et al. kun svag (Lankston et al. 2010).

De forholdsvis specifikke psykologiske målsætninger i kunststrategien er i konkurrenceprogrammet for DNU oversat til, at kunsten skal forholde sig til et eller flere af tre temaer, hvoraf det ene er ”Helbrede, Lindre, Trøste”. (Region Midt, 2013a, s.36.). Denne tematik beskrives dog ikke som en tolkning af de psykologiske målsætninger som beskrives i kunststrategien, men blot som en tematik som kunstnerne opfordres til at arbejde inden for på et konceptuelt plan og er altså ikke forbundet med et krav om nogen konkret målbar eller oplevet effekt for patienterne. Snarere efterspørges der et bud på, hvordan de bydende kunstnere vil definere hvorledes værkerne adresser såvel fysisk som psykologisk oplevet kvalitet: ”Håbet er at invitere ind til at opdage det ukendte i det velkendte, skabe nye oplevelser i rummet og dermed henvende sig til vores mentale såvel som fysiske velbefindende” (Region Midt, 2013a, s.10.).

I de tildelingskriterier dommerkomiteen har sat op i forbindelse med afgørelsen af kunstkonkurrencen sidestilles det psykologisk inspirerede tema med andre temaer:

”Derudover forventes det, at forslagene forholdt sig til ét eller flere af følgende temaer, som en inspiration til kunstværkernes indhold: Helbrede, lindre og trøste – Forskning og læring – Celle, krop og eksistens” (Regio Midt, 2013b. s. 11)

I dommerkomiteens betænkning diskuteres de psykologiske målsætninger for kunsten kun for et enkelt projekts vedkommende idet det vurderes at kun Hanne Nielsen & Birgit Johnsen’s projekt har forholdt sig hertil (Region Midt, 2013b, s. 28), og de psykologiske aspekter af den patientoplevede kvalitet der var beskrevet i kunststrategien synes således generelt kun i ringe grad at være afspejlet i afgørelsen, selv om netop det af Hanne Nielsen og Birgit Johnsen forholder sig til de udstukne temaer er en væsentlig del af begrundelsen for at deres projekt er blandt de vindende projekter.

5.1.4.2 Sociale målsætninger

DNU’s kunsstrategi fastsætter flere sociale målsætninger idet kunsten skal bidrage til at ”imødekomme og servicere alle befolkningsgrupper” (Tallant og Thiis 2010. s. 9 og 18). Kunsten skal endvidere formå at fremme kommunikation, fællesskab og sammenhængskraft på hospitalet for patienter, pårørende og personale, skal indbyde til deltagelse og fælles interaktion, eller som det beskrives, kunsten skal være en social katalysator. I forhold til personalets hverdag beskriver kunststrategien hvorledes kunsten skal bidrage til et forbedret arbejdsmiljø for hospitalets personale. (Tallant og Thiis 2010, s. 9 og 10).

De sociale målsætninger kan altså groft sagt kategoriseres som målsætninger der vil søge at adresserer alle hospitalets brugergrupper, målsætninger der har til formål at fremme kommunikation og interaktion mellem patienter, pårørende og personale og målsætninger der har til formål at sikre et bedre arbejdsmiljø.

Det er dog kun en af disse tre målsætninger der har fundet vej til konkurrenceprogrammet, idet der her anføres, at kunsten på DNU skal servicere alle befolkningsgrupper og derved nå alle uanset alder, køn, etnicitet eller social baggrund (Region Midt, 2013a, s.10).

I dommerkomiteens betænkning diskuteres ingen af de sociale målsætninger eller andre sociale aspekter, og kunststrategiens sociale målsætninger har således ikke fået nævneværdig indflydelse på afgørelsen af kunstkonkurrence.

5.1.4.3 Eksistentielle målsætninger

Kunststrategien beskriver at kunsten formår at stille spørgsmål ved sygdom, liv og død (Tallant og Thiis 2010, s. 6) – altså at kunsten har en eksistentiel indgangsvinkel og formår at formidle en italesættelse nogle af de eksistentielle udfordringer, som patienter og pårørende konfronteres med (Tallant og Thiis 2010. s.10). Med formuleringer i kunststrategiens indledning om kunstens evne til at danne ramme omkring ”svære spørgsmål angående sygdom og helbred, liv og død” berøre kunststrategien de eksistentielle spørgsmål, der måtte være forbundet med et hospital (Tallant og Thiis 2010, s.6)

I konkurrenceprogrammet er de eksistentielle spørgsmål der omhandler kunstens evne til at faciliteter patienternes overvejelser omkring liv, død, sygdom og smerte blevet en del af det mere konceptuelle tema ”celle, krop og eksistens”.

5.1.5 Kliniske målsætninger

Kunststrategien for DNU Aarhus specificerer en række kliniske målsætninger for kunsten på DNU og ønsker at den får ”helbredende effekt” og derved ”forkorter indlæggelsestiderne” (Tallant og Thiis 2010, s. 9, 11-12). Denne målsætning er helt i tråd med ”Nationale Mål for Sundhedsvæsenet”. I denne sammenhæng ønsker strategien at understrege det helbredende potentiale af kunst og design (Tallant og Thiis 2010, s. 10) og understreger ligeledes hvordan kunst og design skal være stærke kræfter i udviklingen af ”en forbedret offentlig sundhed”, hvilket ligeledes er i samklang med ”Nationale Mål for Folkesundheden” (Tallant og Thiis 2010, s.12)

”Kunst og design er netop nødvendige elementer i et helhedsorienteret, helbredende miljø for at danne lindrende og inspirerende omgivelser” (Tallant og Thiis, 2010, s.6.)

Konkurrenceprogrammet specificerer imidlertid ingen målsætning for kunstens kliniske effekt på hverken patienter, pårørende eller personale, udover det konceptuelle tema ”Helbrede, Lindre, Trøste” (Region Midt 2013a, s.36.) som de udvalgte kunstnere opfordres og forventes at arbejde inden for. Temaet ”Helbrede, lindre, trøste” er imidlertid ikke forbundet med nogen forventet målbar klinisk effekt så som f.eks. de forkortede indlæggelsestider der var nævnt i strategien. Tildelingskriteriet om temaet ”Helbrede, Lindre og Trøste”, beskrives i dommerbetænkningen, men nævnes kun i vurderingen af et enkelt af de vindende projekter (Region Midt, 2013b, s. 28)

5.1.6 Andre målsætninger

Ud over de målsætninger der direkte adressere den oplevede kvalitet for patienterne rummer kunststrategien for DNU en række andre målsætninger, som kan kategoriseres kunstneriske målsætninger der helt eller delvist knytter an til en kunststøtteorienteret strategi, målsætninger der specifikt knytter an til de fysiske rammer, strategiske målsætninger og målsætninger der drejer sig om proces og metode.

5.1.6.1 Kunstneriske målsætninger

DNU’s kunststrategi beskriver i detaljer et højt kunstneriske ambitioner niveau. kunststrategien beskriver således hvordan ”de udvalgte kunstnere skal præsentere de bedste nye danske og internationale samtidskunstnere og designere” (Tallant og Thiis 2010, s.9) . Ligeledes beskriver kunststrategien et kunsten skal ”engagere publikum” og ”generere atmosfære” og ”oplevelse og underholdning i hospitalet”. (Tallant og Thiis 2010, s. 10 og 12). Kunststrategien beskriver endvidere at de valgte kunstprojekter skal være permanent indgribende kunst, der taler til intellekt eller usynlige værker som indrammer hverdagen. kunsten skal integreres, fra den overordnede skala og ned til patientens personlige skuffe (Tallant og Thiis 2010, s.25) således at kunsten skabe det umiddelbare rum omkring patienten og gøre det sanseligt og karakteristisk (Tallant og Thiis 2010, s. 28) Kunststrategien beskriver altså tre kunstneriske hovedmålsætninger for kunsten på DNU Aarhus, som definerer hvorledes kunsten skal repræsentere det bedste danske og internationale samtidskunst, være bygningsintegreret, tale til beskuerens intellekt og indrammer hverdagen for patienterne, de pårørende og personalet.

”DNU skal således præsentere de bedste nye danske og internationale samtidskunstnere og designere gennem et innovativt program, der vil gøre hospitalet til et unikt sted med særegne rum” (Tallant og Thiis 2010, s.6.)

Der specificeres en høj kunstnerisk kvalitet og kunst som forholder sig til rummenes funktion, inklusiv rengøring hensyn, hygiejne, færdsel og belysning. (Region Midt, 2013a, s.36.). Det bemærkes, at disse krav stemmer overens med nogen af de krav der stilles i vejledningen til kunstcirkulæret (Klima-, Energi- og Bygningsministeriet 2015), hvor der bl.a. stilles krav om ”høj kunstnerisk kvalitet” og ”Fokus på drift og vedligehold og aftaler om værkets levetid” (s.2) og ”Typen af kunst bør vælges under hensyntagen til bygningen arkitektur, funktion og bygningens brugere”. (s.4)

Desuden specificeres det, at den stedspecifikke kunst skal forholder sig til de tre listede temaer; ”Helbrede, Lindre og Trøste”, ”Forskning og Læring” og ”Celle, Krop og Eksistens”. (Region Midt, 2013a, s.36.).

I tildelingskriterierne nævnes kriterierne ”Den høje kunstneriske kvalitet”, at ”kunsten kan forholde sig til rummenes funktionalitet”, ”forholder sig til udvalgte temaer” og er ”stedspecifik”.

Af dommerbetænkningen fremgår det at kun Matt Mulligan og Hanne Nielsen & Birgit Johnsen vurderes at opfylde den høje kunstneriske kvalitet, mens kun Thierry Feuz og Matt Mulligan vurderes at forholde sig til emnet ”celle, krop og eksistens” mens Thierry Feuz og Hanne Nielsen & Birgit Johnsen vurderes at kunne engagere publikum med deres projekter. (Region Midt, 2013b. s. 24,28) Derudover vurderes det i dommerbetænkningen at projektet udarbejdet af Sophia Kalkau formår at skabe et sammenhængende miljø, (Region Midt, 2013b. s.30)

5.1.6.2 Målsætninger der vedrører de fysiske rammer

Gennemgående fra kunststrategien til konkurrenceprogram, tildelingskriterier og dommerkomiteens betænkning er krav om, at kunsten skal indgå i hospitalets way-finding strategi og at kunsten skal bidrage til at ”sætte fokus på den individuelle oplevelse af det byggede miljø og gøre det første møde med hospitalet oplevelsesrigt og berigende for patienten og de pårørende”. (Tallant og Thiis 2010, s. 6, 10, 28, 30; Region Midt 2013a s. 10; Region Midt 2013b s. 15). Dermed er målsætningerne der direkte relaterer sig til de fysiske rammer de krav, der mest konsistent føres hele vejen igennem processen.

5.1.6.3 Strategiske målsætninger

De strategiske ambitioner som de er fremstillet specielt i visionsafsnittet i kunststrategien for DNU er som beskrevet høje. Kunststrategien for DNU beskriver således hvorledes kunsten skal befordre tværfagligt samarbejde og forskning (Tallant og Thiis 2010. s. 9,14,18) og ydermere hvorledes kunsten skal fremstille Aarhus som et innovativt og kunstnerisk videns center og dermed sætte DNU Aarhus på regionens kulturelle kort og derved medvirke til at brande DNU. (Tallant og Thiis 2010. s. 9,12,21)

”DNU kunstprogram bør forme pilotprojekter, der understøtter banebrydende tværfaglig research, hvor kultur og videnskab bringes sammen for at udforske muligheder i nye teknologier” (Tallant og Thiis 2010,. s.6.)

I konkurrenceprogrammet er de strategiske målsætninger blevet sammenfattet til at kunstnerne opfordres til at arbejde med temaet ”Forskning og Læring” (Region Midt 2013a s. 36). Af dommerkomiteens betænkning fremgår, at et enkelt projekt har valgt at arbejde med dette tema.

5.1.7 DNU; Case interview

Det umiddelbare indtryk af DNU's proces er, at ambitionsniveauet er skåret voldsomt ned fra den meget brede palet af ambitioner der forekommer i kunststrategien, til den endelige afgørelse af konkurrencen. Dels er den kunstneriske udsmykning blevet begrænset til nogle strategisk placerede ankomst- og cirkulationsområder kaldet gallerier og arkader, og dels er de tematikker der skulle arbejdes med blevet væsentligt beskåret.

Årsagen hertil skal angiveligt findes i økonomien. I et interview udført i anledning af denne rapport udtaler en af medforfatterne til kunststrategien og medlem af DNU-rådgivergruppen, arkitekt Lars Juel Thiis (LJT) fra Cubo arkitekter:

“Processen er jo blevet styret af virkeligheden, fordi da vi oprindeligt startede med at lave en kunststrategi, så var det jo fordi vi var lige så ambitiøse med kunststrategien, som vi var med konkurrenceprojektet, så når konkurrenceprojektet havde den store vision, og måske også havde en større økonomisk vision at arbejde på, så var kunststrategien lige så ambitiøs..... og ligesom projektet er blevet beskåret voldsomt, ned til cirka det halve af det oprindelige økonomiske grundlag, så er også kunstprojektet blevet udsat for den samme nedskalering”.

Dermed vælger man i praksis tilsyneladende delvist at omdefinere kunstens, styret af de nedskæringer der finder sted på selve sygehusbyggeriet:

LJT: ”....., det er måske meget rimeligt at tingene følges ad. På den anden side har jeg hele tiden argumenteret for, at jo mere skrabet, jo mere rationelt, jo mere cool vores byggeri bliver i forhold til kvalitetsniveauer, for det er kvalitetsniveauerne som bliver beskåret, jo større bliver den betydning den kunstneriske udsmykning i virkeligheden vil få, fordi det er jo den der kan gå ind og skabe en forskel, differentiere og skabe identitet.....”

Og:

LJT:”.. forskelligheden, mangfoldigheden, den bliver slagtet på rationalitetens alter, og det er en problemstilling jeg tror ikke kun DNU vil være udsat for, men i virkeligheden mange andre af de store sygehusprojekter, det tror jeg da er noget man skal være meget opmærksom på. Kunsten kan i virkeligheden komme ind - og det er lidt trist at skulle sige det som arkitekt - og råder bod på den arkitektoniske kraft som ellers kunne ligge i projekterne.”

I stedet for at have specifikke roller i forhold til patienterne så som at lindre, trøste, helbrede osv. som oprindeligt var nævnt i kunststrategien tvinges kunstprojektet altså ind i en mere strukturel rolle i forhold til det overordnede projekt omkring hospitalsbyggeriet:

LJT: “Jeg tror meget på, at man vil kunne finde vej på DNU ved hjælp af kunsten, fordi, hvis jeg må være lidt grov, det er næsten det eneste der er tilbage til at lave en forskel - og det er jo så lidt af et kompromis på arkitektens høje ambitionsniveau....”

I henhold til LJT er det altså ikke processen som har udgjort et problem. Tvært imod har det at processen har ligget tæt på den metodik der kendes fra arkitektkonkurrencer været en fordel:

LJT:”Den store konkurrence om gallerierne og arkaderne er jo kørt efter alle udbudsregler, med offentlig prækvalifikation hvor man indbød alle der havde ønske om at lægge billet ind på den kunstneriske udsmykning og komme med deres prækvalifikationsmateriale, ligesom man kender fra

normale arkitektkonkurrencer - og så havde vi selv også indbudt fire kunstnere udefra så at vi var sikre på, at der også var en international repræsentation...”

Og

LJT: “Vi har hele tiden benyttet os af de udbudsregler som er oppe i tiden, så juraen har været tilgodeset.”

Uanset at disse udsagn naturligvis må tages med det forbehold, at de er udtryk for kun en af de involverede i processen omkring kunstprojektets synsvinkel, så synes konklusionerne omkring dels at forsøge at benytte sig af de juridiske instrumenter der er etableret i forbindelse med arkitektkonkurrencer og dels at finde et korrekt ambitionsniveau fra starten ganske rimelige:

LJT:” ...der hvor der har været et dilemma har selvfølgelig været i forhold til at den økonomiske ramme har været beskåret væsentligt. Der tror jeg de nye andre hospitaler har lært af DNU på den måde at ambitionsniveauerne ganske enkelt ikke har været så høje, så de bedre kan få en økonomisk ramme til at passe....”

Og

LJT: “Man skal vide fra starten, hvad vi har med at gøre. På samme måde skal kunsten selvfølgelig være defineret fra starten så man ikke opstiller urealistiske krav til ambitionsniveauer. Det er meget vigtigt, fordi man spilder mange menneskers penge, ikke mindst skatteborgernes, ved at sidde og lave fantasiprojekter.”

Dette er naturligvis et udtryk for enkelt aktørs opfattelse af forløbet og kan som sådan ikke opfattes som en objektiv kortlægning af forløbet og dets resultat. Ikke desto mindre er det interessant at manglende overordnet styring af økonomien viser sig efter dette udsagn i sidste ende at være det, der har bestemt omfang og til en hvis grad indhold af kunstprojektet, idet den økonomiske prioritering både med hensyn til byggeprojektet og kunstprojektet har fremtvunget en situation, hvor kunsten først og fremmest får en rolle i relation til forståelsen af den samlede bygningsstruktur. Det er dog et åbent spørgsmål, om en anden budgetstyring fra starten havde resulteret i en anden prioritering.

5.2 DNV Gødstrup

Processen omkring valg af kunstprojekt til det nye supersygehus i DNV Gødstrup mellem Herning og Holstebro forløber overordnet efter samme skabelon, som DNU Aarhus, dog med visse variationer:

- DNV Gødstrup henvender sig til Statens Kunstfonds udvalg for kunst i det offentlige rum, med henblik på at få rådgivning. Statens Kunstfond peger på en ekstern konsulent i form af kunstrådgivningsfirmaet IN SITU, hvor opgaven varetages af konsulent Jane Løvschall Dolmer.
- I oktober 2013 foreligger ”Kunststrategi; DNV-Gødstrup; Det nye hospital i vest”. (Dolmer 2013)
- I december 2014 introduceres et ekstra styringsredskab i form af ”Kunstmanual; DNV-Gødstrup”. Kunstmanualen er tænkt som et dynamisk styringsredskab der løbende skal opdateres. Manualen skal forholde sig til ”...den konkrete byggeproces, som billedet tegner sig i skrivende stund, og rummer konkrete handlingsanvisninger for prioriteringer og igangsættelse af de enkelte projekter”. Kunstmanualens vigtigste opgave er altså løbende at

sikre at kunstprojektets og byggeriets tidsplaner er koordinerede, men også en budgetoversigt samt en grundig oversigt over projektets organisation med mere. (Dolmer 2014a)

- April 2014 sendes ”Konkurrenceprogram, Integreret kunstudsmykning af foyer – DNV Gødstrup” til tre kunstnere man har inviteret til at indleverer skitseforslag: Erik A. Frandsen (DK), Jeppe Hein (DK) og Spencer Finch (UK). (Dolmer 2014b)
- Afgørelsen foreligger i form af to mødereferater fra møder i bedømmelsesudvalget i august og september 2014. Udvalget udtaler sig i den samlede vurdering stærkt kritisk med hensyn til Erik A. Frandsens forslag, og valget synes at stå mellem forslagene fra Spencer Finch og Jeppe Hein. Der er dog driftsmæssige betænkeligheder over for begge disse forslag. (Dolmer 2014c og Dolmer 2014d)
- Oktober 2014. Region Midt udsender en pressemeddelelse der udpeger Erik A. Frandsen som vinder. (Region Midtjylland, 2014)

Erfaringerne omkring styring af det økonomiske ambitionsniveau har altså udmøntet sig i et helt nyt styringsværktøj, nemlig kunstmanualen. Endvidere er det karakteristisk, at den palet af ambitioner som kunststrategien udruller, i sit udgangspunkt er væsentligt mere koncentreret og der sker ikke de store indholdsmæssige ændringer fra strategi til konkurrenceprogram, set i forhold til DNU. Dette resulterer blandt andet i, at det er muligt at formulere konkurrenceprogrammet som en slags appendiks til kunststrategien, der først og fremmest redegør for hospitalsbyggeriets arkitektur, de lokaliteter i byggeriet hvor kunsten tænkes placeret samt organisatoriske oplysninger omkring tid, økonomi osv. Det kunstneriske ambitionsniveau synes imidlertid ikke at være væsentligt begrænset i forhold til DNU, idet det hedder i indledningen til kunststrategien og specifikt er citeret i konkurrenceprogrammet :

”...kunsten har helt unikke evner i hospitalssammenhæng, hvor mennesker samles omkring fundamentale vilkår: Livet, fødsel, sygdom og død. I disse situationer er alle mennesker lige og underlagt fælles vilkår. Her kan kunsten medvirke til at skabe et fælles rum for identifikation, fælles fortælling og eksistentiel forståelse. Og på den måde så at sige bringe noget humanistisk ind i de kliniske rammer. I store bygninger kan kunsten desuden skabe særkende og særlig identitet og dermed fungerer som visuelle orienteringspunkter i udstrakte og umiddelbart uoverskuelige omgivelser.” (Dolmer 2013, s.3; Region Midtjylland 2014, s. 3).

Der refereres således både til sociale, eksistentielle og bygnings-strukturelle problemstillinger så som way-finding, og de samme problemer med en af-humaniseret hospitalsarkitektur som arkitekt Lars Juhl Thiis fra DNU rådgivergruppen påpegede i interviewet refereret i forrige afsnit.

5.2.1 Patientoplevelt og erfaret kvalitet

Ligesom ved DNU kan de målsætninger i DNV Gødstrups kunststrategi der adresserer den patientoplevede kvalitet relateret hospitalsvæsnets kategoriseres i tre kategorier, nemlig de psykologiske, de sociale og de eksistentielle målsætninger.

5.2.1.1. Psykologiske målsætninger:

Overordnet set arbejder kunststrategien for DNV Gødstrup med en indgangsvinkel til de psykologiske målsætninger for kunsten på sygehuset som fokuserer på kunstens evne til at skabe tryghed og dens evne til at virke adspredende på patienter, hvad enten dette forekommer som en distraktion fra den gængse opfattelse af hospitalet som en institution eller fra patientrollen i sig selv. Man beskriver altså, hvorledes kunsten psykologisk kan påvirke patienter til en tryghed på sygehuset og hvorledes man

ønsker at denne oplevelse findes gennem kunsten og ikke kun den fysiske behandling som foregår på hospitalet.

Kunststrategien for DNV Gødstrup intention er således at kunsten skal bidrage til ”en øget oplevelse af tryghed og velvære.” (Dolmer 2013, s.3 og 18), skal ”skabe en behagelig overgang til hospitalet, så den ikke opleves som en tærskel til en anden verden” (Dolmer 2013, s.22 - 24). Kunststrategien beskriver helt specifik hvorledes kunsten skal formå at minimere den gængse opfattelse af hospitalsinstitutionen og gøre oplevelsen af hospitalet mere behagelig og imødekommende. Endelig beskriver kunststrategien hvorledes kunsten skal ”give patienter, pårørende og personale mulighed for at finde æstetisk adspredelse.” (Dolmer 2013.s.22-24) og ønsker derved at kunsten formår at blive et tilflugtssted for patienter, pårørende og personale.

“De kommende bygningsmæssige rammer skal ikke kun sikre høj kvalitet i behandlingen, effektivitet og god driftsøkonomi. De skal også sætte nye standarder for det at påvirke patienternes sanser, oplevelse af tryghed og velvære. Og her kommer kunstudsmykningen ind som en vigtig faktor” (Dolmer 2013, s.3)

Disse intentioner er i Konkurrenceprogrammet for DNV Gødstrups kunstprojekt repræsenteret ved et ønske om at kunsten skal ”skabe tryghed for patienter og pårørende”. (Dolmer 2014b. s.10). Der fokuseres ikke yderligere på de psykologiske effekter i konkurrenceprogrammet for DNV Gødstrup. Det diskuteres imidlertid på bedømmelsesudvalgets andet møde i forbindelse med hvorvidt kunstprojekterne formår at skabe en behagelig overgang mellem ude og inde hvorvidt projekterne formår at ”mindsker tærskelen til hospitalet” (Dolmer, 2014b).

5.2.1.2 Sociale målsætninger:

De sociale målsætninger for DNV beskrives i Kunststrategien, hvor det beskrives at kunsten skal sikre patienter, pårørende og medarbejders trivsel gennem helende arkitektur og skabe et fælles rum for identifikation (Dolmer 2013, s.3,5), kunsten skal skabe rammer om opholdszoner (Dolmer, 2013. s.10) og give den enkelte mulighed for at sætte sit eget præg på omgivelserne (Dolmer, 2013. s.36) Kunststrategien beskriver således primært to sociale hovedformål med kunsten på det nye sygehus; kunsten skal sikre trivsel for patienter, pårørende og personale og fremme identifikation gennem sociale zoner.

“Det er af afgørende betydning i kunstudsmykningen, at der taget udgangspunkt i visionen om patienternes hospital, herunder at det tilstræbes, at kunsten bidrager til rammer, der er rare at opholde sig i” (Dolmer, 2013, s.8)

I bedømmelseskriterierne er de sociale målsætninger udeladt, og de sociale målsætninger indgår da i henhold til referaterne heller ikke i diskussioner på bedømmelsesudvalgets møder (Dolmer 2014 c og 2014d)

5.2.1.3 Eksistentielle målsætninger.

Kunststrategien for DNV Gødstrup beskriver hvorledes ”kunsten skal skabe rum for (...) eksistentiel forståelse” (Dolmer, 2013, s.3).

“Kunsten har helt unikke evner i hospitalssammenhæng, hvor mennesker samles omkring de fundamentale vilkår; Livet, fødsel, sygdom og død. (...) Her kan kunsten medvirke til at skabe et fælles rum for identifikation, fælles fortælling og eksistentiel forståelse” (Dolmer 2013, s. 3)

Kunststrategien synes dog at vægte dette emne mindre højt end de andre punkter beskrevet i strategien. Konkurrenceprogrammet citerer kunststrategiens målsætning om at kunsten skal skabe rum for eksistentiel forståelse. (Dolmer 2013, s.3), mens målsætninger om at facilitere patienter eller pårørendes eksistentielle overvejelser ikke er afspejlet i bedømmelseskriterierne.

5.2.2 Andre målsætninger

En anden målsætning spiller en betydende rolle i valget af kunstprojekt til DNV Gødstrup, nemlig kunstens evne til at facilitere way-finding og den kunstneriske kvalitet i sig selv.

5.2.2.1 Farvestrategi, Vejvisningsstrategi og lyssætning

Ud over kunststrategien er der udarbejdet dels en vejvisningsstrategistrategi og dels en farvestrategi for hospitalet. Kunststrategien for DNV Gødstrup beskriver hvorledes kunststrategien skal forholde sig til disse to strategier. Dog lægges der tydeligt i særlig grad vægt på hvorledes kunsten kan indgå i et samspil med vejvisningsstrategien (Dolmer 2013, s. 3, 9, 28 og 34). Dette følges op i konkurrenceprogrammet hvor det understreges at det ikke er et krav at kunsten tænkes ind i vejvisningsstrategien, men hvor der dog nøje beskrives hvorledes vejvisningsstrategien kan tænkes sammen med den kunstneriske udsmykning. Samtidigt beskrives det hvorledes man ønsker at kunsten skal fungerer både i lys og mørke (Dolmer 2014b, s. 3 og 11-12).

5.2.3 Bedømmelsen

Der udfoldes fra starten en indsats for at strukturere bedømmelsesprocessen således, at den forholder sig til kunststrategiens temaer. Således indledes første møde i bedømmelsesudvalget med dels en gennemgang af vejvisningsstrategien potentialet i de tre indkomne forslag, og dels en gennemgang af hvorledes de tre forslag forholder sig til bygningens arkitektur ved en repræsentant for det arkitektkonsortium der står for projekteringen af bygningen.

Alle tre forslag vurderes at kunne opfylde way-finding kriteriet med mindre ændringer. Derimod ses Erik A. Frandsens projekt som stærkt problematisk i forhold til arkitekturen idet: ”Det overordnede arkitektoniske koncept om de naturlige materialer: tegl, natursten, taktilitet, stoflighed, og at trække naturen ind via disse elementer, som vi har arbejdet så meget med og som der lægges rigtig meget vægt på risikerer at gå tabt” mens både Jeppe Hein’s og Spencer Finch’s vurderes at kunne indpasses med mindre ændringer (Dolmer, 2014c).

Andet møde i bedømmelsesudvalget indledes med, at kunstkonsulenten fra Insitu introducerer en række spørgsmål der relaterer sig til kunststrategien som grundlag for drøftelserne på mødet. (Dolmer, 2014d)

Ikke desto mindre fremgår det af referaterne fra møderne, at bedømmelsen tenderer mod at foregå ud fra en mere traditionelle kunstfaglige diskussion, som den ville have gjort ved bedømmelse i forbindelse med en traditionel udsmykningsopgave under statens kunsthøjester. Dette eksemplificeres måske klart af en udtalelse fra et kunstfagligt medlem af udvalget: ”Det er ligegyldigt at det er et sygehus, det interesserer ikke mig. Det er et omkostningskriterium at have.” (Dolmer, 2014c).

Forskellige udfordringer der er forbundet med de tre forslag drøftes indgående, da de indgår idet ene (Jeppe Hein) og en specialbelysning indgår i det andet (Spencer Finchs). Ligeledes diskuteres de enkelte forslags relation til bygningens arkitektur indgående, idet specielt Erik A. Frandsens forslag anses for at være for stort et indgreb i arkitekturen.

Bedømmelsesudvalgets konklusion bliver at:

”Bedømmelsesudvalgets samlede vurdering tegner et billede af generel enighed om, at Erik A. Frandsens skitser indeholder for mange ikke-sammenhængende nedslag. Hans kunstneriske udtryk vurderes bagudskuende, i modsætning til Jeppe Heins – og Spencer Finchs skitser, der rent kunstnerisk vurderes fremadrettede.

Erik A. Frandsens idemæssige grundplan for værket vurderes utydeligt i forhold til de øvrige konkurrerende, der på det idemæssige og stedsspecifikke plan står stærkere.

Det er vanskeligt at vurdere, hvorvidt bedømmelsesudvalget hælder mest til Spencer Finch – eller Jeppe Hein. Dog synes der i bedømmelsesudvalget at være enighed om at begge disse forslag vil være problematiske at gennemfører driftsmæssigt

Der hersker bekymring vedrørende muligheden for at skabe tilstrækkelig dybde mellem lamperne og loftet i Spencer Finchs forslag. Det er endvidere vurderingen, at elimineres duftelementet fra Jeppe Heins forslag vil det amputerer forslaget i forhold til dets grundidé” (Dolmer, 2014d).

Bedømmelsesudvalget når altså ikke frem til en endelig konklusion, om end man er kritisk over for Erik A. Frandsens forslag, og valget synes at stå mellem Jeppe Heins og Spencer Finchs.

Da de driftsmæssige problemer med Jeppe Heins og Spencer Finchs forslag viser sig ikke at kunne løses uden at den grundlæggende ide i de to forslag forsvinder, beslutter sygehusledelsen at arbejde videre med Erik A. Frandsens forslag, idet man indleder en proces ”hvor han i samarbejde med arkitekterne blev bedt om at revidere sin skitse i henhold til de kommentarer som bedømmelsesudvalget kom med, herunder at reducere sin skitse i nedslag og udtryk.” (Dolmer, 2016)

Med hensyn til denne fremgangsmåde må det noteres, at afgørelsen af kunstkonkurrencen ikke falder ind under noget gældende regelsæt.

Det er dog i denne forbindelse interessant, at hvis der havde været tale om en statslig bygning, havde det været i overensstemmelse med Kunstdokumentation, men kun fordi afgørelsen ville falde ind under bestemmelsen om, at ledelsen kan træffe en afgørelse hvis der er uenighed i kunstudvalget. Havde udvalget derimod peget på enten Jeppe Hein eller Spencer Finch, ville man være bundet af denne afgørelse (Klima-, Energi og Bygningsministeriet 2004). Hvis der havde været tale om f.eks. en projektkonkurrence under Udbudsloven som arkitekt Lars Juel Thiis fra DNU konsortiet i interviewet i foregående afsnit foreslår man skeler til, havde behandlingen af de indkomne forslag for det første skullet være anonym, og for det andet havde det kun været muligt at indgå forhandlinger med den eller de vindende kunstnere efterfølgende, i dette tilfælde Jeppe Hein og Spencer Finch (Konkurrence og Forbrugerstyrelsen, 2006, s.94-100). Hvis det havde været en arkitektkonkurrence efter Arkitektforeningens Konkurrenceregler, skulle der have været udpeget én vinder, om nødvendigt ved afstemning, og bygherren havde været forpligtet til arbejde videre med vinderen (Akademisk Arkitektforening, 2007). Ligeledes kan udtalelser som den citerede: ”Det er ligegyldigt at det er et sygehus, det interesserer ikke mig. Det er et omsonst kriterium at have.” ses som udtryk for den usikkerhed i processen det manglende regelsæt giver. Udtalelsen er for så vidt i overensstemmelse med den proces der beskrives i vejledningen til kunstdokumentation for så vidt den drejer sig om at sikre høj kunstnerisk kvalitet (Klima-, Energi- og Bygningsministeriet, 2015. s.2) men vil kunne opfattes som kontroversiel i forhold til udbudsloven, hvor afgørelsen nøje skal forholde sig til udbudsmaterialet og tildelingskriterier, og hvor der er indbygget klagemulighed for leverandørerne såfremt disse spilleregler ikke bliver overholdt (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, 2016 s. 211-217). Det skal i

denne sammenhæng naturligvis bemærkes, at udbudsloven netop *ikke* gælder for kunstnerisk udsmykning, mens kunstdokumentation og den tilhørende vejledning er beregnet på at håndtere udvælgelsen af kunstnerisk udsmykning. Det illustrerer dog, at manglen på et klart regelgrundlag også efterlader medlemmerne af kunststudvalget i en usikker situation uden en klart defineret rolle, og udvalgets rådgivere med en mangel på redskaber til at styre processen.

5.3 Nyt OUH, SDU og SUND

I Region Syddanmark hedder det nye supersygehus Odense Universitets Hospital (OUH) og opføres i forbindelse med Syddansk Universitet (SDU). I forbindelse med OUH og SDU opfører Bygningsstyrelsen et nyt Sundhedsvidenskabelig fakultet (nyt SUND), der forbinder hospitalet med universitetet. Det angives at det afsatte beløb til kunstnerisk udsmykning følger det statslige kunstdokumentation (Klima-, Energi og Bygningsministeriet 2004) bestemmelse om at afsætte 1,5% af håndværkerudgifterne til kunstnerisk udsmykning, hvilket er en væsentlig forøgelse i forhold til regionens eget regelsæt om at afsætte 0,5 % af byggesummen i sager over 10. mio. kr. (Region Syddanmark, 2011, s. 24). I tråd med dette følger processen også kunstdokumentation omkring nedsættelse af kunststudvalg og udarbejdelse af kunststrategi, og kunststrategien er som beskrevet i vejledningen til kunstdokumentation først og fremmest fokuseret på at beskrive "...hvordan kunsten kan indgå i samspil med arkitekturen, typer af kunst og kunstneriske praksisser...", mens "...forventninger til kunstværkets drift og vedligeholdelse samt kunstværkets levetid m.v." synes at være gledet ud (Klima-, Energi- og Bygningsministeriet, 2015, s. 5). Der er således nedsat et fælles kunststudvalg for de tre institutioner hvor i indgår to kunstfaglige rådgivere samt repræsentanter for totalrådgiverkonsortiets arkitekt og landskabsarkitekt. Samtidigt er der nedsat separate udvalg for Nyt OUH og Nyt SUND, der arbejde parallelt med det fælles udvalg (Region Syddanmark og Bygningsstyrelsen 2014b, s.4). Oversigtsmæssigt forløber processen som følger:

- 3. april 2014 udgives kunststrategien "Kunst og Funktion; Kunststrategi for Nyt OUH og Nyt Sund" i form af en en-sides oversigt. 3. april og 28. maj 2014 udkommer kunststrategien endvidere i en lidt mere uddybet hæfteform (Region Syddanmark og Bygningsstyrelsen 2014a,b og c).
- Den fælles kunstopgave for Nyt OUH og Nyt Sund er opdelt i fire "pejlemærker" der hver skal skabe sammenhæng i den samlede bygningsmasse:
 - "Vidensaksen" hvortil kunstnerne Simon Starling, Dahn Vo og Ann Lislegaard er inviteret i en lukket konkurrence
 - Koblingszonen, hvortil kunstneren Philippe Parreno er inviteret
 - Nyt Sund; Hovedindgangen, hvortil kunstneren Monica Bonvicini er inviteret
 - Nyt OUH; hovedindgangen, hvortil kunstnerne Henrik Plenge Jakobsen og Jeppe Hein er inviteret i en lukket konkurrence.
- December 2015 foreligger "Kunststrategi og Kunstopgaver; Fælles Kunstprojekt; Nyt OUH og SDU Nyt SUND". Ud over de fire fælles kunstopgaver har de separate kunststudvalg under SDU Nyt Sund og Nyt OUH modtaget og godkendt skitseforslag til kunstnerisk udsmykning. Det samlede resultat ser således ud:
 - Koblingszonen; Philippe Parreno
 - Vidensaksen; Simon Starling
 - Nyt Sund Hovedindgangen; Monica Bonvicini
 - Nyt OUH Hovedindgangen; Nevin Aladag (oprindeligt lukket konkurrence mellem Henrik Plenge Jakobsen og Jeppe Hein)

- Tværgangene på SDU og Nyt SUND: FOS
- Vertikale rum på SDU Nyt SUND: Cory Arcangel

5.3.1 Kunststrategien

På trods af at SDU, Nyt SUND og nyt OUH på grund af at flere institutioner er indblandet og på grund af, at flere processer kører parrallet synes at være den mest komplekse udsmykningsopgave, er den tilhørende kunststrategi og den efterfølgende proces den absolut mindste i omfang af de tregennemgåede cases.

Kunststrategien har to overordnede adskilte formål.

Kunsten skal for det første forholde sig til OUH's overordnede vision om "Mennesket først" og SDU's vision om vidensudveksling. Der er fastsat en række overordnede temaer, liv, lys, lyd og Natur, med det formål, at sikre "en tæt relation mellem ude og inde, mellem natur og kultur" (Region Syddanmark og Bygningsstyrelsen 2014b). Temaerne er altså ikke som hos DNU, hvor de introduceres i konkurrenceprogrammet, et operationelt destillat af de visioner der var udtrykt i kunststrategien, men introduceres helt fra starten. Kunstens rolle defineres som værende at styrke byggeriets lokale og nationale identitet, at fremme patienternes helingsproces, at stimulerer forsknings- og studiemiljøet og at understøtte et godt arbejdsmiljø. Også her anes nogle overordnede kategorier af social karakter (forsknings-, studie- og arbejdsmiljø) samt klinisk karakter i form af kunstens formodede evne til at fremme patienternes helingsproces. For ingen af målsætningerne der dog opsat konkretet målbare kriterier.

Kunsten skal for det andet medvirke til at binde det samlede bygningsanlæg sammen, som jo består dels af universitet, dels af det nye hospital, og dels af et nyt sundhedsfagligt fakultet der skal forbinde de to dele. Der er derfor, som det fremgår af den ovenstående oversigt, udpeget fire 'Pejlemærker' hvor kunsten skal integreres i bygningen.

5.3.2 Valg af kunstprojekter

Valg af kunstnere til de individuelle opgaver fremgår af oversigten. Ikke overraskende i lyse af kunststrategiens prioritet af at kunsten skal sammenbinde det samlede bygningsanlæg, forholder alle de valgte værker sig i et eller andet omfang til bygningen og stedet. I et enkelt tilfælde, konkurrencen om kunstnerisk udsmykning af OUH's hovedindgang, har man endog valgt at aflyse konkurrencen fordi ingen af forslagene fra konkurrencens to deltagere, Henrik Plenge Jakobsen og Jeppe Hein, efter kunstudvalgets opfattelse profilerede hovedindgangen tilstrækkeligt – altså en klar prioritering af kunstens samspil med den arkitektoniske kontekst. Selv om udvalget fuldt ud anerkender at "begge forslag vurderes at have høj kunstnerisk kvalitet" så bemærker man enslydende om begge forslag, at: "Kunstudvalget er dog ikke overbevist om, at værket kan være tilstrækkeligt profilerende for det fremtidige universitetshospital" (Madsen 2016).

Interessant nok synes dette at der er fokus på at kunsten skal profilere bestemte steder i bygningskomplekset omvendt at give kunstnerne en større frihed med hensyn til indholdet af værkerne. Eksempelvis bedømmes Philippe Parreno's værk at "rykke ved brugernes opfattelse af hvad der er virkelighed, og hvad der er fantasi" og Simon Starlings værk at reflekterer over bygningens formål ved at sætte byggeriet i "relation til natur, liv og død" gennem referencer til såvel helende som giftige planter (Region Syddanmark og Bygningsstyrelsen, 2015).

5.4 Konklusion på de tre cases; processer, resultater og relationer til hospitalsvæsnets behov.

Ser man på både kompleksiteten og tidsrammen for de tre forløb er de vidt forskellige:

DNU's proces forløber fra oktober 2010 til juni 2013 regnet fra udgivelse af kunststrategi til udgivelse af dommerbetænkning, i alt 33 måneder. Samtidigt er DNU's proces den klart mest veldokumenterede og transparente.

DNV's proces forløber fra oktober 2013 til august 2014, regnet fra udgivelsen af kunststrategien til sidste møde i kunstudvalget, i alt 11 måneder.

SDU Nyt Sund og Nyt OUH's proces, der jo reelt er den mest komplekse fordi den involverer flere forskellige institutioner, strækker sig fra april 2014 til december 2015 regnet fra udgivelsen af den første udgave af kunststrategien til afgørelsen, i alt 21 måneder.

5.4.1 Processer

Det er tydeligt, at da regionerne ikke er omfattet af kunstcirkulærets bestemmelser, og da udbudsloven ikke gælder for kunst (Konkurrence og Forbrugerstyrelsen, 2006, s.94-100), befinder processerne sig i et juridisk vakuum. Den mangel på fastlagte gennemprøvede spilleregler relateret til en tydelig overordnet regional strategi for anvendelse af kunstnerisk udsmykning, efterlader kunststrategierne med en meget vanskelig opgave, hvor man er tvunget til ad hoc at 'opfinde' procedure og forsøge at fastholde dem på trods af manglende på opbakning fra et grundlag i lovgivningen. Det kan for det første anses for betænkeligt at offentlige investeringer der i nogen tilfælde er af en ikke ubetydelig størrelse, ikke er dækket af et regelsæt hverken med hensyn til valg af leverandør/kunstner eller med hensyn til økonomi. For det andet gør det det meget vanskeligt at styre processen. Det medfører at man ad hoc adopterer dels regelsæt lånt fra kunstcirkulæret og dels adopterer metodikken fra de udbudsprocedure der anvendes ved arkitektkonkurrencer. For det første viser det sig dog, måske fordi metodikken for arkitektkonkurrencer med hensyn til dette aspekt ikke er velegnet til at styre kunstprojekter, at det er vanskeligt at fastholde de indholdsmæssige intentioner fra kunststrategi til afgørelse. Specielt er der, som beskrevet, en markant glidning fra de indholdsmæssige intentioner i DNU's kunststrategi til indholdet i de værker der vælges til slut.

Med kunststrategierne forventes kunsten i et eller andet omfang at træde ind i en funktionel rolle, sådan at forstå, at den forventes at have en bestemt effekt på bygningens brugere. Mens sammenhængen mellem en bygnings design og dens funktionelle kapacitet er forholdsvis enkel, er der dog måske simpelthen for stor afstand mellem de beskrevne intentioner med et kunstværk og den forventede effekt – og ganske givet for lidt viden.

Vanskelighederne med at styre processen illustreres måske tydeligst af afgørelsen i DNV Gødstrups konkurrence, hvor manglen på regler gør det svært at styre processen, på trods af at der netop her introduceres et værktøj, kunstmanualen, der skal sikre at organisation, tid og økonomi er styrbart. Det er tydeligt, at det er vanskeligt for kunstudvalget at finde sin rolle, måske fordi der ikke som ved arkitektkonkurrencer er klare regler der tilsiger, at afgørelsen skal forholde sig præcist til konkurrenceprogrammet. Det er således tydeligt, at nogle medlemmer i udvalget agerer som havde det været en afgørelse iht. kunstcirkulæret. Det er altså klart, at regionerne mangler et regelsæt der kan håndterer kunstprojekter af denne størrelse.

5.4.2 Resultater

Et fællestræk ved resultaterne af alle tre forløb er, at de valgte kunstprojekter i sidste ende først og fremmest forholder sig til den bygningsstruktur de er en del af. I tilfældet DNU tilskrives det som det fremgår af interviewet med arkitekt Lars Juel Thiis fra Cubo arkitekter, økonomi.

I tilfældet DNV Gødstrup, hvor Erik A. Frandsens projekt vælges på grund af driftsproblemer med de to af kunstudvalget foretrukne projekter, er en del af begrundelsen for at Erik A. Frandsens værk ikke er blandt udvalgets foretrukne, at det er i konflikt med bygningens arkitektur. Da Erik A. Frandsens's projekt til slut vælges da de driftsmæssige problemer i de to andre værker ikke synes at kunne løses, er det dog også en betingelse at værket bearbejdes, så det tilpasses bedre til bygningens struktur.

For SDU Nyt Sund og Nyt OUH's vedkommende er dette at sammenkæde den store bygningsstruktur der er sammenbygget af hospital, sundhedsfagligt fakultet og eksisterende universitetsbyggeri et hovedtema, og kommer derfor ganske naturligt til at præge resultatet afgørende.

5.4.3 Relationer til hospitalsvæsnets behov

Ingen af de tre processer gør noget systematisk forsøg på at tage udgangspunkt i hospitalsvæsnets behov eller funktion. Således indeholder ingen af kunststrategierne nogen indledende analyse af hvad det gældende værdigrundlag for det danske hospitalsvæsen er eller hvad dets udfordringer er i den forbindelse. Snarere må de tre kunststrategier i den udformning de foreligger ses, som udsagn om hvad kunsten kan tilfører hospitalsvæsnet ud fra en lidt løs ad hoc opfattelse af, hvad hospitalsvæsnets udfordringer er.

Da disse tre forskellige processer alle synes at lede til et resultat, hvor kunsten forholder sig til- og supplerer bygningens arkitektur, dels med hensyn til way-finding strategi, og dels med hensyn til at 'humanisere' de store og meget rationelt anlagte bygningskomplekser, er det måske et udsagn om, at det er netop dette kunsten kan, som ikke kan opnås bedre på anden måde. Hvis man skal tage resultaterne af forløbene med kunststrategierne som et udsagn om hvad kunstens potentiale i forhold til de meget store hospitalsenheder, så rummer disse to citater fra interviewet med arkitekt Lars Juel Thiis kernen af hvad kunsten kan:

“Jeg tror meget på, at man vil kunne finde vej på DNU ved hjælp af kunsten, fordi, hvis jeg må være lidt grov, det er næsten det eneste der er tilbage til at lave en forskel - og det er jo så lidt af et kompromis på arkitektens høje ambitionsniveau...”

”jo mere skrabet, jo mere rationelt, jo mere cool vores byggeri bliver i forhold til kvalitetsniveauer, for det er kvalitetsniveauerne som bliver beskåret, jo større bliver den betydning den kunstneriske udsmykning i virkeligheden vil få”

Hvorvidt dette kan tages som et generelt udtryk for kunstens potential i hospitalsvæsnet, eller hvorvidt det dels er præget af at de involverede konsulenter, arkitekter og kunstudvalgsmedlemmers viden og forståelseshorisont er bygningsorienteret og dels præget af processerne omkring supersygehusene generelt, kan naturligvis diskuteres.

Med hensyn til proces må det bemærkes, at i det omfang det drejer sig om at kunsten skal forholde sig til bygningsstrukturen, så synes den i kunsteirkulæret samt vejledningen hertil at være et tilstrækkeligt regelgrundlag, som det fremgår af processen omkring SDU Nyt Sund og Nyt OUH.

ANDRE PRAKSSISER

De cases der er blev gennemgået i forrige afsnit giver tre individuelle bud på hvad kunstens rolle i et moderne hospitalsvæsen kunne være, med baggrund i den traditionelle proces hvor kunstbudgettet er bundet til anlægsbudgettet, og hvor valget af kunst er resultatet af en udvælgelsesproces baseret på et kunstudvalg guidede af eksperter. Der er imidlertid også en række andre bud, som dels spiller en rolle som reference for nogle af kunststrategierne, og dels har en plads i den Danske debat på området.

I det følgende vil en række af de praksisser blive resumeret, der i større eller mindre grad adskiller sig fra den fremherskende måde at anskue brugen af kunst på hospitaler i Danmark på.

6.1 Evidens Baseret Design (Evidence Based Design; EBD)

Evidens Baseret Design er et forskningsområde der er opstået med baggrund i den stadigt stigende kompleksitet af hospitalsbyggerier og de stadigt voksende krav til hospitalsbygningers performance. Området er inspireret af Evidens Baseret Medicin, der i sit udgangspunkt blev til for at gøre medicinsk forskning mere tilgængeligt i den kliniske praksis, fordi det viste sig at kun mellem 15 – 40% af medicinske beslutninger var baseret på videnskabelig evidens (Antes et al. 1999). Mens der er en betydelig videnskabelig vidensbank og forskningstradition at trække på inden for medicin, har dette imidlertid ikke været tilfældet inden for hospitalsdesign, og Evidens Baseret Design har derfor udviklet sig til et selvstændigt forskningsområde (Martin 2000; Hamilton 2003; Hamilton 2004).

6.1.1 Evidens Based Art (EBA)

Et af de områder man inden for EBD har beskæftiget sig med, er den mulige effekt af kunstnerisk udsmykning på hospitaler. EBD har haft en betydelig indflydelse på udformningen af de nye supersygehuse, og kunststrategierne referere således i et eller andet omfang EBA, som f.eks. når det hedder i DNU's kunsstrategi: ”Det er veldokumenteret, at kunst kan lindre smerte, nedsætte stress og forbedre velværet” (Tallant og Thiss, 2010, s.6), dog, som det vil fremgå, nok uden at tage den fulde konsekvens af hvad EBA foreskriver med hensyn til valg af kunstnerisk udsmykning. Som udgangspunkt har man sat følgende kriterier for måling af effekten af kunstnerisk udsmykning, der til dels afspejler, at EBD er opstået i en Nordamerikansk kontekst:

1. Kliniske indikatorer der er observerbare tegn og symptomer der indikerer patientens tilstand (f.eks. indlæggelsestid, blodtryk og forbrug af smertestillende medicin)²
2. Tilfredshed og andre rapporterede resultater (f.eks. patienttilfredshed, helbredsrelateret livskvalitet, personaletilfredshed)³

² Clinical indicators that are observable signs and symptoms relating to patients' condition (examples: length of hospital stay, blood pressure, intake of pain medication)

3. Økonomiske resultater (f.eks. udgifter til patientpleje, rekrutteringsomkostninger på grund af at personaleutilfredshed føre til mange kortvarige ansættelser, øget indkomst pga. at flere patienter vælger hospitalet og øget filantropi)⁴ (Ulrich, 2009. s.130)

Den teoretiske baggrund for EBD anbefalinger vedrørende kunstvalg hviler på tre teorier; Biophilia teorien, Kongruens teori og distraktions teori. Biophilia teorien blev først fremsat af den Amerikanske biolog Edward O. Wilson i 1984 og går ud på, at mennesket biologisk set gennem evolutionen er tilpasset et liv på savannen (Wilson 1984/1998). Den Amerikanske psykolog Roger Ulrich, der er en af grundlæggerne af EBD, udførte på linje med dette synspunkt forsøg der undersøgte hvordan sådanne oprindelige naturlige omgivelser påvirker mennesker i forhold til menneskeskabte urbane omgivelser. Dette førte til en berømt undersøgelse i 1984, i hvilket det blev påvist, at for patienter der havde gennemgået en galdeblæreoperation og var indlagt på ens sengestue med henholdsvis udsigt til natur og en anden hospitalsblok, var indlæggelsestiden kortere og forbruget af smertestillende medicin mindre for dem der havde udsigt til natur (Ulrich, 1981; Ulrich 1984). Antagelsen er at denne effekt også gør sig gældende for billeder af natur.

Kongruens teorien siger, at hvis et visuelt stimuli er tvetydigt, vil den der betragter det være tilbøjelig til at læse sin egen øjeblikkelige sindstilstand ind i det. Antagelsen er derfor, at patienter der f.eks. er præget stress, angst eller depression på grund af deres sygdom, vil være tilbøjelige til at læse denne sindstilstand ind i abstrakt kunst, hvorfor dette ikke kan anbefales på hospitaler (Ulrich 2009, s. 133-139). Evidensen for at disse teoretiske forudsigelser med hensyn til billeder er imidlertid svag og kun delvis tilgængelig (Ulrich et al 1993; McLaughlin et al. 1996 [har ikke kunnet fremskaffes]). En undersøgelse på Chelasea and Westminster Hospital i England, hvor landskabsbilleder og abstrakte billeder blev roteret mellem flere afdelinger viste imidlertid ingen forskel mellem de forskellige typer af kunst (Starocoff and Loppert 2003). I et review over en stor del af den eksisterende forskning (Lankston et al. 2010) konkluderes det, at selv om meget forskning tyder på at antagelsen om at landskabsbilleder har en afstressende virkning er korrekt, er meget af den eksisterende evidens svag og der er behov for mere forskning på området før resultaterne kan regnes for sikre.

I henhold til distraktionsteorien kan visuelle stimuli i form af videofilm af natur eventuelt kombineret med musik virke som distraktion fra smerte, og dermed være med til at nedsætte behovet for smertestillende medicin, hvilket er påvist gennem flere forsøg (McCaul og Malott, 1984; Tse et al. 2002; Lee et al. 2004).

Kombinationen af disse teorier fører til retningslinjer der i resume anbefaler landskabsbilleder med god perspektivisk dybde der viser landskaber i sommerhalvåret og i roligt vejr, eventuelt med positive kulturelle artefakter så som lader og gamle huse, ikke-truende vildt dyreliv, lave bakker og fjerne bjerge, blomsterbilleder af friske blomster og haver, billeder af mennesker med positive ansigtsudtryk og forhold mellem mennesker der udtrykker venskab og omsorg. Ligeledes anbefales det, at abstrakt kunst, nærbilleder af potentielt truende dyr eller udendørsscener med overskyet eller truende vejrlig med videre undgås. (Ulrich 2009, s. 141-143).

³ Satisfaction and other reported outcomes (examples: patient satisfaction, health-related quality of life, staff satisfaction)

⁴ Economic outcomes (f.eks. cost of patient care, recruitment costs due to staff turnover, revenue from patients choosing a hospital, philanthropy)

Dette udgør en radikal anderledes praksis i forhold til en praksis der i større eller mindre grad rettet sig mod kunststøtte eller er baseret på en brugerdrevet demokratisk praksis. Kunsten vurderes ud fra udvalgte målbare effekter og sidestilles i stor udstrækning med visuelle stimuli der anvendes i psykologiske forsøg. Hermed bliver det for det første evidensen og deraf afledte guidelines der des uagtet den svage eller manglende evidens definerer formålet og sætter grænserne for valget af kunst (Harthorn og Nanda, 2008) og ikke f.eks. et kunstudvalg. For det andet udfordres både kunststøtte begrebet og nok så væsentligt, selve kunstbegrebet. Det rejser spørgsmålet om visuelle stimuli af denne art kan falde ind under det en bevilling til kunstnerisk udsmykning kan dække, hvilket i hvert fald ikke synes at kunne være tilfældet for eksempel i sammenhæng med Statens Kunstfond.

6.2 Farver

Der er en lang tradition for den opfattelse, at farver har indflydelse på helbredet. En tradition der tillige findes inden for mange kulturer, i det gamle Ægypten, hos middelalderens alkymister, i Tibetansk medicin og hos mange flere, inklusive moderne psykologi (Tofte et al. 2004, s. 38-42). Også Hippokrates, grundlæggeren af moderne medicin, brugte hudens farve som grundlag for diagnose; en metode der i øvrigt stadig er i brug. Ideen om farvers indvirkning på helbredet findes også for eksempel i "Region Hovedstadens anbefalinger for Helende Arkitektur" (2010) hvori det hedder, at "Undersøgelser peger således på den terapeutiske effekt ved farver og anden form for visuel stimulering" (s. 18). Et særdeles grundigt review (Tofte et al. 2010), hvor man har gennemgået mere end 3000 citationer hvor brugen af farver sættes i forbindelse med helbred og sundhed, er konklusionen imidlertid overvejende negativ. Således hedder det blandt andet i rapportens konklusion, at "Det er ikke nogen direkte forbindelse mellem bestemte farver og resultatet af helbredelse..."⁵, "Der kunne ikke findes evidens i litteraturen for nogen direkte forbindelse mellem farver og bestemte følelsesmæssige tilstande."⁶ og at "...der er ingen evidens for et en-til-en forhold mellem bestemte farver og bestemte følelser."⁷ Årsagen skal i henhold til forskerne findes i, at "Den populære presse og design-miljøet har promoveret en oversimplificeret version af de psykologiske respons på farver"⁸ (s. 60-61). Resultatet er i henhold til rapporten, at man til spørgsmålet om der findes videnskabeligt funderet viden om hvordan farver påvirker den menneskelige perception eller adfærd i et givent miljø må svaret være meget lidt, og til spørgsmålet om der findes brugbare evidensbaserede vejledninger for brugen af farver i sundheds byggerier, er svaret næppe (s. 62). Årsagen er jf. rapportens forfattere, at der ikke findes nogen videnskabelig teori, der forsøger at forklare hvordan en sådan sammenhæng mellem farver og helbred skulle kunne forekomme. Tvært imod "er meget af den såkaldte viden på området baseret på forudindtagne observationer og pseudo-videnskabelige antagelser"⁹ (s.62).

Der er altså ikke evidens for, at farver kan have en bestemt indvirkning på helbredet eller menneskers generelle følelses- eller stemningsleje, og dermed at farvesætning i sig selv kan have et potentiale inden for sundhedsvæsenet. Som det også påpeges i den citerede rapport, er dette ikke ensbetydende

⁵ "There is no direct linkages between particular colors and health outcomes of people...."

⁶ "No evidence for a direct connection between environmental states could be found in the literature."

⁷ "...there is no evidence to suggest a one-to-one relationship between a given color and a given emotion".

⁸ "The popular press and the design community have promoted the oversimplification of the psychological responses to color".

⁹ "...much of the knowledge about the implications of color in healthcare environments is based on highly biased observations, and pseudo-scientific assertions".

med at farver ingen betydning har, det er snarere udtryk for, at der ikke er tilgængelig seriøs forskning på området.

6.3 Sverige; ”Kultur på Recept”

Sverige er i forbindelse med kunstens potentiale i sundhedsvæsenet mest blevet kendt i den Danske debat for tiltag som ordningen ”Kultur på recept 2.0” i Region Skåne (Hjortshøj, Politiken 10. ug. 2015; Hjortshøj, Politiken 12. aug. 2015) der er et treårigt forsøgsprojekt, der udføres i samarbejde mellem Region Skåne, Helsingborg Kommune og Fisam Helsingborg (Finansiellt samordningsförbund för Region Skåne, Helsingborg Stad, Försäkringskassan og Arbetsförmedlingen). ”Kultur på recept 2.0” er imidlertid ikke det eneste forsøg der er blevet lavet Sverige med konceptet, se for eksempel Janlert og Littbrand 2001, Grape Vinding et al. 2015, samt Rydstad et al. 2015.

”Kultur på recept 2.0” er et rehabiliteringsprojekt som tilbydes patienter som har søgt behandling for psykiske lidelser eller smerteproblematikker gennem sundhedscenteret (lægevagten) eller den åbenpsykiatriske modtagning, eller som har været sygemeldt eller vurderedes at være i risiko for at blive sygemeldt med sådanne problematikker, eller risikerede social isolering. At ”Kultur på recept 2.0” henvender sig til denne patientgruppe skal ses i sammenhæng med, at der er indført en såkaldt rehabiliteringsgaranti (Sveriges kommuner och landsting, 2008). De to største grupper der er omfattet af denne rehabiliteringsgaranti er netop patienter med lettere eller middelsvære psykiske problemer og/eller smerter problematikker, idet denne gruppe udgør ca. 60% af alle sygemeldinger der varer over 14 dage. ”Kultur på recept 2.0” kan således både på grund af sit indhold, sin organisatoriske forankring og sin finansiering ikke sammenlignes med de tiltag der i Danmark foretages i forbindelse med kvalitetsfundsbyggerierne.

Proceduren i et forløb under ”Kultur på recept 2.0” er som følger:

- For at kunne blive henvist til ”Kultur på recept 2.0” skal deltagerne være henvist af dels en læge og dels en rehabiliterings koordinator. Deltagerne skal have udvist egen vilje og motivation for at deltage i programmet, samt kunne fungerer i sociale sammenhænge.
- Når der er samlet en gruppe deltagere, typisk af størrelsesordenen ca. 10 personer, informeres deltagerne ved et indledende møde om programmets indhold af en kulturkoordinator. Herfra betragtes deltagerne ikke som patienter, og kulturkoordinatoren er ikke informeret om årsagen til at den enkelte deltager er henvist til programmet.
- Selve interventionen består af et ti uger langt program, hvor deltagerne mødes tre gange om ugen omkring en kulturel aktivitet. Alle kulturaktiviteterne i det aktuelle forsøg er forankret i kulturinstitutioner der er lokaliseret i Helsingborg kommune. Aktiviteterne har både omfattet aktiv deltagelse og besøg på museer o.lign.
- Under forløbet tilbydes deltagerne to afstemningsmøder med deltagelse af plejepersonale, sygeforsikring og arbejdsformidling.

(Region Skåne m.fl. 2015. Metodrapport; Kultur på Recept; Stigmar et al. 2016)

I alt modtog 187 deltager, henvist fra i alt 13 sundhedscentraler (lægevagter) og 2 åbenpsykiatriske modtagninger, rehabilitering efter ”kultur på recept 2.0”.

6.3.1 Organisatorisk forankring

Lige som i Danmark er regionerne i Sveriges hovedopgaver sundhedsvæsen, men de har dog også en række andre opgaver, herunder kultur. Når Region Skåne har haft mulighed for at implementere netop dette samarbejde er det fordi man både administrerer sundhedsvæsenet og kulturområdet. ”Kultur på recept 2.0” hører således ikke under regionens sundhedsforvaltning men under regionens kulturforvaltning, og de kulturfaciliteter regionen administrerer og råder over benyttes i stor udstrækning i forbindelse med de aktiviteter, der foregår i forbindelse med ordningen.

I Danmark hvor kultur ikke hører under regionerne må initiativet tages på statsligt niveau, som det er sket i forbindelse med aftalen om fordeling af satspuljemidler mellem et flertal af folketingets partier. I ”Aftale om satspuljemidler på sundheds- og ældreområdet for 2016-2019” afsættes der således i alt 8 millioner kroner i perioden 2016-2018 til et pilotprojekt uden at det dog er besluttet i hvilket regi forsøget skal køre (Regeringen m.fl. 2015).

Sverige har ligesom Danmark en ordning hvor en procentdel af byggeudgifterne til statslige byggerier afsættes til kunstnerisk udsmykning. I Sverige skal der afsættes minimum en procent af byggesummen mod 1,5 procent i Danmark. I Sverige går ordningen tilbage til 1937, hvor Statens Konstråd blev etableret, og ordningen følges i stor udstrækning af både stat, regioner og kommuner (Konstnärsnämnden 2013, s. 11)

Selv om ordningen ligesom i Danmark har et vidst element af støtte til de udøvende kunstnere retter den Svenske ordning sig imidlertid også mod at ”udbrede viden om kunstens betydning for et godt samfundsmiljø” (Förordning (2007:1188), ligesom etableringen af kunst i det offentlige rum i høj grad ses som et demokratiprojekt, hvor ”Den offentlige kunst er tilgængelig for alle. Den kan signalere identifikation og et fælles ansvar for miljøet, at vi alle omfattes af samfundets omsorg og at det offentlige miljø udgør en modvægt til det private rum.”¹⁰ (Konstnärsnämnden 2013, s. 33). Dette afspejler i højere grad et formål rettet mod folkeoplysning samt lige og demokratisk adgang til kunst i overensstemmelse med de overordnede mål for Svensk kulturpolitik, hvor et af målene netop er at ”fremme alles mulighed for kulturoplevelser og uddannelse samt til at udvikle deres kreative evner” (Regeringen 2009, p. 26).

6.3.2 Baggrund for ”kultur på recept 2.0” i den Svenske folkesundheds politik.

Tiltag som kultur på recept er først og fremmest et udtryk for, at man i Sverige har valgt en afgørende anden tilgang til arbejdet med folkesundhed end man har i Danmark. I Danmark har man i de overordnede folkesundhedspolitiske mål sat fokus på konkrete folkesundhedsproblemer, de såkaldte KRAM-faktorer kost (overvægt), rygning, alkohol og motion samt mental sundhed og sundhedsproblemer forbundet med social ulighed (Regeringen 2014, s.5).

I Sverige har man i stedet valgt at tage udgangspunkt i sygdomme og sundhedsproblemer i de faktorer i samfundet og de generelle levevilkår som bidrager til sundhed. Argumentet er, at det er en fordel da folkesundhedspolitikken dermed kommer til at dreje sig om samfundsforhold der er tilgængelige for politiske beslutninger. (Ågren 2003, s. 5). Dette har betydet at ”Mål för folkhälsa” som blev vedtaget i

¹⁰ ”Den offentliga konsten är tillgänglig för alla. Den kan signalera identifikation och ett gemensamt ansvar om miljön, att vi alla omfattas av samhällets omsorg och att de offentliga miljöerna utgör en motvikt till de privata rummen.”

riksdagen i 2002 omfatter en koordineret indsatsen der går på tværs af en række politikområder som økonomi, arbejdsmarkedspolitik, socialpolitik og kulturpolitik (Regerings proposition 2002/03:35; Ågren, 2003).

I det meget grundige forarbejde til loven, ”Sundhed på lige vilkår” (Regeringen 2000, bilagedel A, s.425-450) tager afsnittet om ”Kulturens sammenhæng med sundhed” udgangspunkt dels i UNESCO’s rapport ”Vår skapande mångfald” der blev endeligt vedtaget på UNESCO generalforsamling i 2001 og i tråd med den Svenske kulturpolitik blandt andet fastslår alles ret til at deltage i kulturlivet (UNESCO 2001) og dels i den på det tidspunkt tilgængelige evidens. I betragtning af, at emnet er folkesundhed tages der meget naturligt afsæt i de årlige Svenske undersøgelser af levevilkår i Sverige. Disse undersøgelser omfatter årligt 8000 tilfældigt udvalgte borgere, hvoraf et stort antal interviewes individuelt. I de udgaver af undersøgelsen der gennemførtes i 1982 og 83 blev der stillet spørgsmål om kulturforbrug. Undersøgelserne omfattede således 15.198 tilfældigt udvalgte deltagere i aldersgruppen 16-74 år og af disse blev 85% (12982) individuelt interviewet. Undersøgelsen blev fulgt op i 1996 og 2000 med undersøgelser af den samme kohorte (Bygren et al. 1996; Konlaan et al. 2000). I opfølgningen i 1996 viste det sig, at når man justerede resultatet for alder, køn, uddannelses niveau, indkomst, langvarig sygdom og motion, var der en signifikant lavere dødelighed for dem der deltog i kulturelle begivenheder. Begrebet kultur blev i undersøgelsen repræsenteret ved om spørgsmål frembringelse af musik, læsevaner og deltagelse i kulturelle begivenheder. Indekset for deltagelse i kulturelle begivenheder dækkede biografbesøg, teater, koncerter og live musik, museumsbesøg, besøg på kunstudstillinger, religiøse ceremonier og tilskuer til sportsbegivenheder. Indekset for læsevaner dækker læsning af bøger og læsning af tidsskrifter og blade mens indekset for frembringelse af musik dækker over hvor ofte man frembringer musik eller synger i et kor. I forbindelse med den opfølgende undersøgelse i 2000 blev undersøgelsen uddybet med beregninger på de enkelte typer kulturelle begivenheder, og resultatet viser umiddelbart, at det er de ikke-verbale former for kultur, det vil sige dem der f.eks. benytter sig af billeder, objekter eller musik, der påvirker levealderen positivt. Derimod blev der ikke fundet nogen positiv effekt for deltagelse i at overvære teaterforestillinger, kirkelige ceremonier eller sportsbegivenheder. Som konklusion på undersøgelserne påpeges, at resultaterne tyder på, at der er tale om en frugtbar forskningsmetode, men at der er behov for opfølgende, velkontrollerede undersøgelser med store kohorter, før man starter på eksperimentelt at verificerer resultaterne (Bygren et al. 1996; Konlaan et al. 2000). Selv om der i et vidst omfang findes forskning der følger op disse resultater, er disse imidlertid ikke blevet inddraget i arbejdet med ”Sundhed på lige vilkår”. Et engelsk tværgående studie af 15 undersøgelser fra Sverige, Norge, Finland og England, herunder de oprindelige af Bygren et al. Og Konlaan et al., synes at bekræfte resultaterne (Gordon-Nesbitt, 2015).

Da denne type undersøgelser kun kan påpege en statistisk sammenhæng men ikke give en forklaring på de underliggende mekanismer, inddrager man i ”Sundhed på lige vilkår” tillige forskellige undersøgelser der synes at støtte disse resultater. Det er tydeligt, at det område der er bedst belyst er anvendelsen af musik, men også, som det påpeges, at forskningen på området forekommer fragmentarisk og at der er behov for en tværdisciplinær forskningsindsats der omfatter discipliner som medicin, sociologi, socialpsykologi og socialmedicin (Regeringen 2000, bilagedel A, s.444) og der konkluderes, at ”alle, uanset funktionsduelighed, alder, køn, uddannelse, bolig eller oprindelsesland, bør sikres reel adgang til kulturaktiviteter som er sundhedsfremmende og rehabiliterende.” (Regeringen 2000, bilagedel A, s.449).

Der er da også udført en hel del forskning i Sverige der søger at udforske forskellige former for kulturels effekt i helbredssammenhæng; (Staten Folkhälsoinstitut 2005). De metodemæssige vanskeligheder med at forske i kulturens betydning for folkesundheden understreges dog heri, idet det indledningsvis bemærkes, at mange forsøg med konkret at implementere kultur har været for dårligt forberedte med hensyn til hvordan man vil konkludere, og derfor har givet uklare eller slet ingen resultater, ligesom der er vanskeligheder med at fastslå forholdet mellem effekten af selve den kulturelle oplevelse og den sociale kontakt den genererer.

”Kultur på recept” skal således dels ses som et udtryk for den sammenhængende Svenske folkesundhedspolitik, hvor indsatsen på tværs af flere forskellige politikområder kombineres, og dels ses som et udtryk for de muligheder for at drive regional sundheds- og kulturpoliti som den Svenske regionale struktur giver mulighed for.

6.3.3 Evaluering af ”Kultur på Recept 2.0”

I 2016 er udkommet en rapport med en evaluering af ”Kultur på recept 2.0”, udført i regi af ”Epidemiologi- och registercentrum Syd, Skånes universitetssjukvård” (Stigmar et al. 2016). Rapporten bygger på patientrapporterede data indsamlet ved hjælp af en række anerkendte spørgeskemasystemer. Data er altså indsamlet helt i tråd med det paradigme der er på vej til at blive det dominerende i det Danske hospitalsvæsen omkring ”systematisk anvendelse af patientrapporterede oplysninger” (Finansministeriet 2015, s.5).

Rapporten gennemfører dataindsamling umiddelbart før og efter interventionen, efter 6 måneder og igen efter 12 måneder. Da der ikke har været nogen kontrol gruppe gøres der imidlertid i rapporten opmærksom på, at det ikke er muligt at måle effekten af ”Kultur på Recept 2.0” men udelukkende at gennemføre et før- og efter studie. Endvidere gør man opmærksom på, at kriterierne for forhåndsudvælgelse af deltagerne kan have skævvredet resultatet og at der er et relativt stort frafald i besvarelserne efter 6 og 12 måneder, hvilket ligeledes kan have påvirket resultatet. ”Kultur på Recept 2.0” lider altså set fra et forskningsmæssigt perspektiv præcis af de samme problemer med at forskningsdelen af projektet ikke har været tænkt godt nok ind fra starten som er beskrevet oven for.

Selve resultatet af evalueringen viser, at der for 29% af deltagernes vedkommende var tale om en signifikant klinisk relevant forbedring 12 måneder efter interventionen, modsvarende 41% umiddelbart efter interventionen og 34% efter 6 måneder. Deltagerne oplevede et bedre selvrapporteret helbred, øget helserelateret livskvalitet, funktion og arbejdsduelighed.

KONKLUSION

Det er vanskeligt at drage en entydig konklusion med hensyn til den visuelle kunsts potentiale i hospitalsvæsnet af en række årsager. Det skyldes først og fremmest to forhold. For det første er det vanskeligt at bestemme, hvad hospitalsvæsnets behov er, da den politisk bestemte opfattelse af hvad der skal være hospitalsvæsnets kvalitetsbegreb er en meget dynamisk størrelse. For det andet mangler der viden om hvad kunsten kan tilbyde, og hvilken effekt den kan have.

7.1 Hospitalsvæsnets behov.

Som det har fremgået af kapitel 3, så er opfattelsen af grundlaget for hvad hospitalsvæsnet skal kunne yde og hvordan det skal måles en særdeles dynamisk størrelse. I tidsrummet fra 2009 til 2015 skifter det fra Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og dens opfattelse af kvalitet i hospitalsvæsnet som en rituel opfyldelse af en række akkrediteringsstandarder, til ”Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet 2015-2018” hvor DDKM udfases til fordel for en decentral struktur hvor kvalitet er forbundet med ”patientoplevelse og erfaret kvalitet”. Man går ”..fra et ensidigt fokus på aktivitet og produktivitet til nye styringsformer, der har et balanceret fokus på aktivitet, kvalitet, resultater og omkostninger” hvor ”...oplysninger, som patienterne selv rapporterer om symptomer, selv vurderet helbred og oplevet kvalitet, anvendes direkte til at målrette behandlingen og udvikle kvaliteten i sundhedsydelserne.”. Med andre ord; hvor procedurerne som de var beskrevet i DDKM før blev taget som et mål for kvalitet, er det nu patientens oplevelse af kvalitet der er i centrum.

”Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet 2015-2018” erstattes allerede i 2016 af ”Nationale mål for Sundhedsvæsnet”. Patienten er stadig i fokus, men for det første udgør ”øget patientinddragelse” kun et ud af 8 fokuspunkter. For det andet skal kvaliteten måles nationalt på en række indikatorer, der for manges vedkommende er udtryk for et fokus på ”aktivitet og produktivitet”. Da fokuspunkterne er det de enkelte hospitaler vil blive målt på, må det forudsiges at hospitallernes bestræbelser vil komme til at ligge netop på disse, og der er således tale om en tilbagevenden til en mellemting mellem DDKM’s fokus og det fokus der lå i ”Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet 2015-2018”.

Opfattelsen af hvad der skal forstås ved kvalitet i sundhedsvæsnet er således skiftende og det bliver dermed vanskeligt for kunsten som sådan at finde ud af hvad man vil kunne tilbyde for at støtte hospitalsvæsnets bestræbelse for at opnå bedre kvalitet.

Den overordnede trend i de senere års udvikling har imidlertid bevæget sig mod en større vægt på patient tilfredshed og involvering. Betydningen af hospitalets fysiske rammer for patienttilfredshed og patienternes oplevelse af mødet med hospitalsvæsnet som sådan er imidlertid ikke undersøgt. De fysiske omgivelser indgår simpelthen ikke som en komponent i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). Det er naturligvis en politisk afvejning hvor stor vægt patienttilfredshed skal

have, hvilket de skiftende kvalitetsparadigmer også er udtryk for. Det er imidlertid vanskeligt at træffe en afgørelse med henblik på at anvende hospitalets fysiske fremtræden endsige anvendelsen af kunstnerisk udsmykning som instrument i denne forbindelse, så længe man ikke har viden om hvad denne komponent har eller ikke har af betydning.

7.2 Kunststrategier

Ingen af de tre kunststrategier der har været gennemgået i denne rapport har gjort noget forsøg på at tage hospitalsvæsnets opfattelse af kvalitet som udgangspunkt. Selv om det, som det fremgår af det ovenstående, ville have været ganske vanskeligt, er det ikke desto mindre bemærkelsesværdigt, at man ikke har forsøgt som udgangspunkt at sætte sig ind i de udfordringer hospitalsvæsnets står over for og de overordnede politisk bestemte målsætninger, og dermed de behov, som hospitalsvæsnets konkret står med.

Selv om processerne omkring de tre kunststrategier har været ret forskellige, så ender de alle tre med indholdsmæssigt i høj grad at forholde sig til kunsten set i sammenhæng med selve bygningen og dens fremtræden. Som et særligt aspekt af hospitalets fysiske omgivelser hvor kunsten tænkes at kunne opfylde et behov i de meget store bygningsstrukturer der er tale om, nævner alle tre kunststrategier wayfinding.

Skal man tage erfaringerne fra kunststrategierne sådan som de er udtrykt i de endelige afgørelser, så er et væsentligt aspekt af kunstens potential i hospitalsvæsnets altså at kompensere for meget økonomisk og funktionelt rationelle bygninger udtrykt let forsimplet efter devisen, jo større og billigere bygning, jo større behov for kunstnerisk udsmykning. Som udtrykt af arkitekt Lars Juel Thiis Cubo arkitekter/DNU i interviewet i kapitel 5: "...jo mere skrabt, jo mere rationelt, jo mere cool vores byggeri bliver i forhold til kvalitetsniveauer, for det er kvalitetsniveauerne som bliver beskåret, jo større bliver den betydning den kunstneriske udsmykning i virkeligheden vil få, fordi det er jo den der kan gå ind og skabe en forskel, differentiere og skabe identitet....." eller som formuleret af Camilla Jalving i antologien "Stedssans": Den offentlige kunst kan, når den er bedst, skabe kollektive refleksioner over et steds betydning og problemstillinger, men rammerne for refleksionen skal prioriteres, hvis ikke udvekslingen skal tabes på gulvet." (Jalving 2014, s.35).

Set i lyset af hvordan processerne omkring de tre gennemgåede kunststrategier er endt, er det måske netop det kunsten kan i forhold til de meget store og økonomisk rationelle hospitalsbyggerier. Hvis dette er tilfældet, at kunsten kompensere for arkitektonisk deprivation som følge af f.eks. besparelser, så kan kunsten, i det omfang de fysiske omgivelser rent faktisk har en betydning for patientens oplevelse, vise sig at være en økonomisk måde at opnå patientvenlige omgivelser.

Man bør i den forbindelse være opmærksom på, at hvis kunsten således bliver et 'ekstra lag' der lægges på arkitekturen, hvis rolle det er at forme patientens oplevelse af det fysiske møde med hospitalet, så bliver kurateringen af kunsten uhyrer vigtig. Det vil være gennem denne kurateringsproces man vil skulle diskutere hvilket indtryk patienterne skal have af hospitalet. Kunsten bliver en vigtig del af hospitalsvæsnets ansigt udadtil.

7.3 En palet af kunsten potentielle tilbud til hospitalsvæsnets

Hele proceduren med udarbejdelse af kunststrategier med henblik på at etablere permanent/bygningsintegreret kunstnerisk udsmykning, er udtryk for en lang tradition, som ikke

nødvendigt er den bedst egnede i kontekst af hospitalsvæsenet, men som anvendes ganske ureflekteret. Afhængigt af hvilket kvalitetsparadigme for hospitalsvæsenet man tager udgangspunkt i, vil det være forskel på de behov kunsten potentielt vil kunne hjælpe til at opfylde. Rapporten har derfor berørt et antal andre tilgange til at anvende kunst i forhold til hospitals- og sundhedsvæsenet, således at det bliver muligt at diskutere, om den nuværende tilgang nu også er den optimale, om den skal justeres, suppleres eller erstattes med andre tiltag. En overordnet kortlægning af den palette af tilbud til hospitalsvæsenet kunsten har at tilbyde kunne på baggrund af hvad der har været gennemgået i denne rapport kan se således ud:

7.3.1 Humanisering af store funktionelt og økonomisk rationelle bygningsstrukturer

På baggrund af de gennemgåede cases kan kunststrategierne som nævnt, sådan som de har udviklet sig, opfattes at give et bud på kunstens rolle i hospitalsvæsenet, nemlig at 'humaniserer' store og meget relationelle bygningsstrukturer. Kunsten kan således i det omfang de hospitalets fysiske omgivelser har betydning, være en forudsætning for at denne økonomiske tilgang til byggeriet kan fungerer.

7.3.2 Evidence Based Art

Evidens Based Art (EBA), som er en udløber af Evidens Based Design (EBD) opfatter kunsten som psykologiske stimuli og har opstillet meget klare og præcise krav til kunsten. Selv om det har været hævdet at der en stærk evidens for virkningen af sådanne stimuli er dette ved en nærmere gennemgang imidlertid ikke tilfældet. Det bør dog for det første bemærkes, at dette ikke betyder at EBA ikke er korrekt – det betyder blot at der er behov for mere forskning for at finde ud af om det er korrekt. For det andet at den evidens der trods alt eksisterer på området peger på, at der som hævdet kan være effekter der dæmper angst og smerte og sågar medvirker til at nedsætte indlæggelsestider. For det tredje er det et spørgsmål om kunst kan betragtes og anvendes som psykologiske stimuli på denne måde; altså om der er tale om et fænomen der kan betegnes som kunst.

7.3.3 Farvesætning

Det er en populær antagelse, at der kan findes en-til-en sammenhænge mellem farver og indvirkning på menneskers følelses- og stemningsleje og sågar helbred. Som det fremgår af afsnit 6.2 er dette imidlertid næppe korrekt. Mens der næppe er tvivl om at farver har en virkning, er sammenhængen antageligt mere kompleks og præget af reaktioner på farver der er såvel individuelt, fællesmenneskeligt som kulturelt bestemte. Som udtrykt af Tofte et al. (2004), så er problemet at der ikke findes en videnskabelig teori der kan forklare hvordan bestemte virkninger af farver skulle kunne fremkomme. Tvært imod "er meget af den såkaldte viden på området baseret på forudindtagede observationer og pseudo-videnskabelige antagelser".

Man kan altså antageligt få et positivt udbytte af at arbejde med farvesætning da det er ret sikkert at farver har en virkning, men man kan ikke forvente at kunne gøre det på et evidensbaseret grundlag, da sammenhængene er komplekse, og den tilgængelige forskning for en stor dels vedkommende af for dårlig kvalitet.

7.3.4 Kunst som forebyggende indsat i arbejdet med folkesundhed.

Svensk forskning af Bygren et al. (1996) og Konlaan et al. (2000) som referet i afsnit 6.3.2 synes at vise, at et højt kulturforbrug over mange år giver en signifikant lavere dødelighed, når man kontrollerer

for andre faktorer som alder, køn, uddannelses niveau, indkomst, langvarig sygdom og motion. Forskningen bygger på de årlige svenske undersøgelser af den svenske folkesundhed og omfatter således 15.198 tilfældigt udvalgte borgere der har deltaget i undersøgelserne i 1982 og 83, der blev fulgt op i 1996 og 2000. Dette er naturligvis et markant resultat, og forskerne påpeger da også selv, at der efter deres opfattelse er behov for opfølgende forskning. Det er på grund af det store antal personer der har deltaget i undersøgelsen imidlertid et resultat det er svært umiddelbart at afvise, og et engelsk tværgående studie af 15 undersøgelser fra Sverige, Norge, Finland og England synes at bekræfte resultatet. Hvis der skal følges op på disse resultater vil det dels, som det påpeges af forskerne selv, kræve mere forskning, og dels en integration af kultur- og sundhedspolitikken.

7.3.5 Kultur på recept.

De det Svenske koncept ”kultur på recept”, specielt ”Kultur på recept 2.0” som er en ordning i Region Skåne har fyldt en del i den Danske debat. Kultur på recept er som det gennemgås i afsnit 6.3 for så vidt en udløber af de ovennævnte forskningsresultater. Kultur på recept er udløst af en i Sverige gennemført rehabiliteringsgaranti, og skal ses som et rehabiliteringstiltag, primært rettet mod patienter med lettere eller middelsvære psykiske problemer og/eller smerteproblematikker. Kultur på recept som den konceptet er gennemført i Region Skåne er udformet som et 10 ugers forløb hvor patienterne i grupper på 10 gennemløber et program med kulturelle aktiviteter. Konceptet kræver således en integration mellem sundheds- og kulturpolitikken, og et samarbejde mellem hospitalsvæsen og kulturinstitutioner.

”Kultur på recept 2.0” blev evalueret af en forskergruppe på Skånes Universitetshospital i foråret 2016. Desværre var det vanskeligt at komme til et brugbart resultat, da forskningen ikke havde været knyttet til projektet fra straten, og de nødvendige data var således ikke indsamlet i et tilstrækkeligt omfang til at man kunne fremsætte en entydig konklusion om effekten. Dog kunne man konstatere, at der for 29% af deltagerne var tale om en signifikant klinisk relevant forbedring 12 måneder efter interventionen. Da der på grund af at forskerne for sent blev involveret i projektet mangler en kontrolgruppe, hvilket gør det vanskeligt at vurdere dette tal, kan man ikke vide om der også havde været en effekt af en eller anden størrelsesorden for personer der ikke har gennemgået et rehabiliteringsforløb under ”Kultur på recept 2.0”.

7.4 Mål og midler

Regionernes investering i kunstnerisk udsmykning, hvor det afsatte beløb er en procentsats af anlægsbudgettet, er i dag som udgangspunkt modeleret over statens regler. Disse regler er, selv om de praksis er opblødt, i sit historiske udgangspunkt en ordning der har til hensigt at støtte kunsten og de udøvende kunstnere. Kunststrategierne har imidlertid drejet sig om hvilke funktioner kunsten tænkes at kunne opfylde i forhold til hospitalets brugere og drift. Spørgsmålet er således om denne måde at fastsætte budgettet til kunstnerisk udsmykning er den rette, eller om der findes mere hensigtsmæssige måder.

Hvis for eksempel, som det har været fremført, kunsten er nødvendig for så at sige at humaniserer store hospitalsbyggerier der først og fremmest er designet ud fra et økonomisk rationale, og hvis det viser sig at hospitalets fysiske fremtræden har en betydning for de kvalitetsmål man søger at opnå, kan den kunstneriske udsmykning tænkes at være en økonomisk måde at opnå disse mål på.

Hvis de overraskende Svenske resultater, hvor et højt kulturforbrug gennem mange år giver en lavere dødelighed viser sig at være holdbare, vil det give et helt nyt perspektiv på kulturpolitikken, der pludseligt også får et folkesundhedsperspektiv og en anden og vigtigere rolle set fra et samfundsøkonomisk perspektiv.

Hvis det kunsten kan yde i sundhedsvæsenet viser sig at være f.eks. Kunst på Recept skal økonomien måske ikke nødvendigvis kanaliseres gennem byggeriets budget men snarere som i Sverige, være en integreret del af kulturbudgettet som sådan. Hvis imidlertid en tilgang som Evidence Based Art ved nærmere undersøgelse viser sig at være en frugtbar fremgangsmåde i forhold til hospitalsvæsenets kvalitetsmål, vil det igen kræve andre procedurer omkring udvælgelse og implementering af kunstnerisk udsmykning.

7.5 Regelsæt

Da regionerne ikke er omfattet af de statslige regler i kunstcirkulæret, og da udbudsloven, som ellers gælder for offentlige investeringer over et vist tærskelbeløb, ikke gælder for kunstnerisk udsmykning, befinder processerne omkring kunstnerisk udsmykning af de nye supersygehuse sig i en slags juridisk vakuum. Dels er det selvfølgelig betænkeligt, at offentlige investeringer af den størrelse som supersygehuse potentielt udløser ikke er reguleret af regler med hensyn til forløb af kunstkonkurrencer, gensidige forpligtigelser mellem kunstnere og region osv. Dels giver det, selv om man forsøger at adaptere regler fra arkitektkonkurrencer, en stor usikkerhed i processen med hensyn til at fastholde de overordnede visioner således at de er udtrykt i det endelige resultat. Dette skyldes dels, at både konsulenter og medlemmer af de kunstvalg der har skullet tage stilling til de enkelte projekter er stillet i en uklar situation, dels, at det kan diskuteres om f.eks. metodikken fra arkitektkonkurrencer er egnet. I en arkitektkonkurrence er der altid ud over det arkitektoniske udtryk helt klare funktionelle og økonomiske krav der skal opfyldes bedst muligt, og en afgørelse i strid hermed kan medføre en klagesag. Derfor er der ingen uklarhed om hverken de konkurrerende arkitekters eller medlemmerne af dommerkomiteens rolle eller ansvar. Når det drejer sig om kunst så er, uagtet kunsten i hospitalssammenhæng træder ind i en art funktionel rolle, sådanne forholdsvis klare parametre ikke til stede. Hvis man derfor vil kunne bruge processer som kunststrategierne som redskaber til at opnå noget bestemt med investeringen i kunstnerisk udsmykning, er det nødvendigt at de bliver fulgt op af et regelsæt der regulerer processen.

7.6 Kunstens (mulige) potentialer i hospitalsvæsenet.

Denne rapport munder således på grunde af de mange usikkerheder i forhold til hvad der rent faktisk er hospitalsvæsenets behov og på grund af mangel på solid viden om kunstens kan leverer uanset hvilket koncept man vælger, ikke ud i klare anbefalinger.

Gennem rapporten har der imidlertid udskilt sig en række klare spørgsmål der trænger dels til debat på et politisk og kunstfagligt niveau, og dels til forskning der kan fremskaffe konkret, solid viden:

- Der er behov for at hospitalsvæsenets behov kortlægges med hensyn til de områder der kan tænkes ud fra den i dag foreliggende viden at kunne styrkes gennem anvendelse af kunst. Dette er næppe et arbejder der alene kan gennemføres af personer uden for hospitalsvæsenet, men kræver et samarbejde med hospitalsvæsenets selv.

- I forbindelse med denne kortlægning må det anbefales at betydningen af hospitalets fysiske rammer for den af patienterne oplevede kvalitet undersøges, f.eks. i forbindelse med de årlige LUP undersøgelser. Det bør i den forbindelse sikres at de nødvendige kompetencer varetager sådanne undersøgelser, så de relevante data fremskaffes.
- Uanset hvilke dele af den palet af muligheder kunsten har at tilbyde hospitalsvæsnet der har været nævnt, så er det en eklatant mangel på viden. Strategisk vil det sandsynligvis være en fordel at koncentrerer ressourcerne om et eller nogle få tiltag, for at have de nødvendige ressourcer til at opnå solid evidens.
- Afhængigt af hvilken måde man fremover vælger at anvende kunst i hospitalsvæsnet, bør man overveje om den rigide kobling mellem kunstbudget og anlægsbudget er den rigtige. Hvis, som det har været nævnt, besparelser på bygninger går ud over patienternes oplevelse af mødet med hospitalsvæsnet, kan det f.eks. netop være at store beskæringer af anlægsbudgettet skal udløse en mindre stigning på budgettet til kunstnerisk udsmykning. Hvis man vælger at arbejde med f.eks. Kultur på recept, kan det være at bevillinger hertil i stedet skal kanaliseres gennem kulturbudgettet og kulturinstitutionernes budgetter, snarere end gennem hospitalernes anlægs- eller driftsbudgetter.
- Regionerne bør sikre, at der er et klart regelsæt for forløbet processerne i forbindelse med kunstnerisk udsmykning, dels så vanskeligheder med at styre processerne undgås, og dels således, at der er klare regler for forholdet mellem kunstner/leverandør og aftageren/regionen.

7.6 Efterskrift.

I forordet til Det Nye Universitetshospital i Aarhus' kunststrategi gives der udtryk for, at Statens Kunstfond, som den største formidler af kunst i det offentlige rum, har ønsket at involverer sig i projektet for at "udvikle et redskab, der kan styre og formidle integration af kunst i de store offentlige byggerier". Denne rapport har forsøgt gennem analyse og diskussion at yde et bidrag til dette arbejde. Dette er sket ved ud fra det overordnede spørgsmål som stilles af det forskningsprojekt rapporten er en del af; hvad er kunstens potentiale i sundhedsvæsnet?, dels at undersøge hvor veldefineret modtagerens, sundhedsvæsnet, behov egentlig er, dels ved at følge nogle af de processer i forbindelse med projekterne til 3 af de nye supersygehuse for at undersøge, om der heraf udkrystallisere sig nogle svar. Samtidigt er det blevet diskuteret om de traditionelle måde at knytte kunstnerisk udsmykning til byggerier på er rigtige i kontekst af byggerier som supersygehusene. De kulturbevillinger der potentielt er blevet udløst i form af kunstnerisk udsmykning af supersygehusene rejser samtidigt spørgsmålet, om det er den bedstes måde at bruge en sådan bevilling til kulturlivet i forbindelse med sundhedsvæsnet på, og en række alternativer er kort blevet berørt.

Der er dog også spørgsmål som helt klart melder sig, som bevidst ikke er blevet berørt, og som må føres i andet regi.

Det er en grundlæggende præmis i samtlige kunststrategier og i de fleste af de alternativer der er nævnt, at kunsten skal opfylde en funktionel rolle bestemt af sundhedsvæsnet's overordnede målsætninger, mest markant udtrykt i Evidens Based Art. Er det den rolle samtidskunsten skal spille i samfundet? Mister kunsten sin mulighed for at være kritisk, undersøgende og stille spørgsmål? Har kunsten i et større perspektiv noget at yde samfundet hvis disse muligheder kompromitteres? Risikerer vi at promoverer en tandløs fell-good kunst, som dybest set er ligegyldig? Dette er en vigtig debat der må føres i regi af kunstnere og kunstens institutioner.

REFERENCER:

Akademisk Arkitektforening, 2007. *Arkitektforeningens Konkurrenceregler*. Tilgængelig på: <https://www.arkitektforeningen.dk/FAQ/Arkitektforeningens%20konkurrenceregler> [tilgået 17.06.2016]

Antes, G., Galandi, D., Bouillon, B., 1999. What is evidence-based medicine?. *Langenbeck's Arch Surg* 384 pp. 409-416

Bjerre, K., 2014. klavs.bjerre@stab.rm.dk SV: *Kunst*. [e-mail]. Svar til Fich, L.B. (lbfi@create.aau.dk). Sendt 04-04-2014

Bygren, L.O., Konlaan, B.B., Johansson, S-E., 1996. Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival: Swedish interview survey of living conditions. *BMJ* 313:1577-80 s. 1577-1580

Cork, Richard, 2012. *The Healing Presence of Art*. London: Yale University Press.

Dolmer, J.L., 2013. Kunststrategi; DNV-Gødstrup; Det nye hospital i Vest. In Situ

Dolmer, J.L., 2014a. *Kunstmanual DNV-Gødstrup; Opdateret 10. december 2014*. In Situ.

Dolmer, J.L., 2014b. *Konkurrenceprogram; Integreret kunstudsmykning af foyer – DNV Gødstrup*. In Situ.

Dolmer, J.L., 2014c. *Referat af 1. møde i bedømmelsesudvalget. Valg af kunstner til udsmykning af foyeren på DNV-Gødstrup*. 16. september 2014. In Situ.

Dolmer, J.L., 2014d. *Referat af 2. møde i bedømmelsesudvalget. Skitsekonkurrence foyer*. 25. august 2014. In Situ.

Dolmer, J.L., 2016. janedolmer@gmail.com VS. Spørgsmål vedr. DNV Gødstrup [e-mail]. Svar til Fich, L.B. (lbfi@create.aau.dk). Sendt 14-06-2016

Enheden for Evaluering og Brugerinddragelse. *LUP*. (opdateret 21. oktober 2015). Tilgængelig på: <http://patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersogelse-patientoplevelser-lup/lup>

Finansministeriet 16. juni 2008. *Resumé; kvalitetsfond*. Tilgængelig på: https://www.google.dk/?gws_rd=ssl#q=Finansministeriet+16.+juni+2008 [tilgået 29.08.16]

Finansministeriet 2012. *Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2013*. København: Finansministeriet

Finansministeriet 2013. *Aftale om den kommunale og regionale økonomi for 2014*. København: Finansministeriet

Finansministeriet 2015. *Aftale om den kommunale og regionale økonomi for 2016*. København: Finansministeriet.

Frandsen, A.K., Ryhl, C., Folmer, M.B., Fich, L.B., Øien, T.B., Sørensen, N.L., Mullins, M., 2011. *Helende Arkitektur*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag

Förordning (2007:1188) med instruktion för Statens konstråd. Tilgængelig på:
<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20071188.htm>

Gordon-Nesbitt, R., 2015. *Exploring the Longitudinal Relationship Between Arts Engagement and Health*. Manchester: Clive Parkinson; Arts for Health; Manchester Metropolitan University

Grape Viding C, Osika W, Theorell T, Kowalski J, Hallqvist J, Bojner Horwitz E., 2015. "The Culture palette"- a randomized intervention study for women with burnout symptoms in Sweden. *British Journal of Medical Practitioners*. 8(2)813.

Grut, Ulla, 1995. *Kunsten i samfundet*. København: Borgens forlag.

Hamilton, D.K., 2003. The four levels of evidence-based practice. *Health Design* (online) 01. nov. Available at: <http://www.healthcaredesignmagazine.com/article/four-levels-evidence-based-practice>

Hamilton, D.K., 2004. Hypothesis and Measurement: Essential Steps Defining Evidence-Based Design. *Health Design* (online) 01. March. Available at:
<http://www.healthcaredesignmagazine.com/article/hypothesis-and-measurement-essential-steps-defining-evidence-based-design> <http://www.healthcaredesignmagazine.com/article/hypothesis-and-measurement-essential-steps-defining-evidence-based-design>

[Hathorn, K., Nanda, U., 2008. A Guide to Evidence-based Art. The Center for health Design](#)

Hjortshøj, M. 2015. Danmark halter efter med kultur til syge. *Politiken*, 10. aug.

Hjortshøj, M. 2015. Sundhedsfolk efterlyser mod til at bruge kultur som medicin. *Politiken*, 12. aug.

Ikas 2013, 2.vers., 2. udgave. *Akkrediteringsstandarder for sygehuse*.

Jalving, Camilla, 2014. Indgange og udgange. I Red. Jalving, Camilla, 2014: *Stedsans; 25 indgange til kunsten derude*. København: Strandberg Publishing

Janlert U, Littbrand AH. Kultur på recept. Projektet Med mina händer. S2009/8521/SF(delvis). Citeret: 2016-02-06. Tilgængelig via:
<http://www.kulturradet.se/Documents/Verksamhet/Kultur%20och%20halsa/Slutrapport-%20Kultur%20p%C3%A5%20recept.pdf>.

Jensen, J.S., 2014. jsj@regionsjaelland.dk. *Forskning i anvendelse af kunst på hospitaler*. [e-mail korrespondance]. Svar til Fich, L.B. (lbfi@create.aau.dk). Sendt 13-03.2014

- Jessen, B.L., Johannisson, M.R., Jessen, A.L., 2016. *Kunst i det offentlige rum; Nationalt overblik over offentlig økonomi, praksis og formål*. Manton A/S
- Klima-, Energi- og Bygningsministeriet, 2004. *Cirkulære om kunstnerisk udsmykning af statsligt byggeri m.v.; CIR nr 9067 af 17/02/2004*
- Klima-, Energi- og Bygningsministeriet, 2015. *Vejledning til cirkulære om kunstnerisk udsmykning af statslige byggerier m.v.; VEJ nr 9189 af 31/03/2015*
- Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, 2016. *Udbudsloven; Vejledning om udbudsreglerne*. Tilgængelig på <http://www.kfst.dk/Indhold-KFST/Publikationer/Dansk/2016/20160129-Udbudsloven-Vejledning-om-udbudsreglerne?tc=F0315322EA174F65963DD151EED1B593> [tilgået 17. juni 2016]
- Konlaan, B.B., Bygren, L.O., Johansson, S-E., 2000. Visiting the cinema, concerts, museums or art exhibitions as determinant of survival: a Swedish fourteen-year cohort follow-up. *Scand. J. Public Health*. 28 s. 174-178
- Konstnärsnämnden 2013. *Ingen regel utan undantag; Enprocentregeln för konstnärlig gestaltning av offentlig miljö*. Stockholm: Konstnärsnämnden
- Kulturministeriet, 2013. *Lov om billedkunst og kunstnerisk formgivning; LOV nr 457 af 08/05/2013*
- Kulturrådet, 2015. Kultur och halsa. Tilgængelig på: <http://www.kulturradet.se/Kultur-och-halsa/> [tilgået 17. november 2015]
- Lankston, L., Cusack, P., Fremantle, C., Isles, C., 2010. Visual art in hospitals: case studies and review of the evidence. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1003, ss. 490-499
- Lee, D.W.H., Chan, A.C.W., Wong, S.K.H., Fung, T.M.K., Li, A.C.N., Chan, L., Mui, M., Ng, E.K.W., Chung, S.C.S., 2004. Can visual Distraction Decrease the Dose of Patient-Controlled Sedation Required During Colonoscopy? A Prospective Randomized Controlled Trial. *Endoscopy* 26(3), pp. 197-201.
- Madsen, P.S., Pernille.S.Madsen@rsyd.dk, 2016. SV: *Spørgsmål vedr. valg af kunstner til hovedindgangen Nyt OUH*. [e-mail] Svar til Fich, L.B. (lbfi@create.aau.dk). Sendt 03-06-2016
- Mainz, J., Bartels, P.D., 2014. Kvalitetsudvikling I sundhedsvæsenet anno 2025. I: Pedersen, K.J., Petersen, N.C. 2014: *Fremtidens Hospital*. København: Munksgaard.
- Martin, C., 2000. Putting patients first: Integrating hospital design and care. *The Lancet*. 356 p. 518
- McCaul, K.D., Malott, J.M., 1984. Distraction and Coping with Pain. *Psychological Bulletin* 95(3), pp. 516-533.
- McLaughlin J. et al. 1996. Duke University's Bird Garden. *Proceedings of the 1996 Annual Conference of the society for the Arts in Healthcare*. Durnham, N.C.: Durnham Arts Council and Duje University Medical Center. [har ikke kunnet fremskaffes].
- Nielsen, H.F., Vibjerg, T., 2016. Strid om kunst for et trecifret millionbeløb til nye supersygehuse. *Morgenavisen Jyllands-Posten*, 22. marts. s. 1 og 1. sek. s 6-7

Nightingale, F. 1859/1952. *Notes on Nursing*. London: Gerald Duckworth & Co. LTD.

Nordjyllands Amt, økonomiudvalget, 1999. *Beslutningsprotokol for mødet den: 7. juni 1999; J.nr. 1-82-5-0001-99; pkt. 14*

Pevsner, N., 1976. *A History of Building Types*. London: Thames and Hudson

Regeringen, 2000. *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsa, Bilagedel A; Kapitel 10; Kultur och folkhälsa; ID-nummer: SOU 2000:91. Tilgængelig på:*
<http://www.regeringen.se/contentassets/064128c1fd3e4722b3769138f205ef46/kapitel-7-15> [tilgået 17. november 2015]

Regeringens proposition 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*.

Regeringen 2009. Regeringens proposition 2009!10:3; *Tid för kultur*.

Regeringen 2014. *Jo før – jo bedre; Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle*. København: Ministeriet for sundhed og forebyggelse.

Regeringen 2014. *Sundere liv for alle; Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Regeringen 2015. *Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Regeringen, socialdemokraterne, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance, Alternativet, Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti, Det konservative Folkeparti, 2015. *Aftale om satspuljemidler på sundheds- og ældreområdet for 2016-19*.

Region Hovedstaden, 2010. *Region Hovedstadens anbefalinger for helende Arkitektur*.

Region Hovedstaden, 2011a. *Det politiske grundlag for byggeri i Region Hovedstaden*.

Region Hovedstaden, 2011b. *Nyt Hospital Herlev; Kommissorium for brugerinddragelse på KBB og FAM*.

Region Midt, 2013a. *Det nye universitetshospital i Aarhus; Kunstnerisk udsmykning; Konkurrenceprogram*.

Region Midt, 2013b. *Det nye universitetshospital i Aarhus; Dommerbetænkning; Statement of the jury; Kunstkonkurrence – Udsmykning af Det Nye Universitetshospital i Aarhus*

Region Midt, Hospitalsenheden Vest, Ledelsessekretariatet, kommunikation. 2014. *Pressemeddelelse: Stor kunst til stort rum i Gødstrup*.

Region Skåne, Kultur skåne, 2014. *Vändpunkt; Förslag till Nordiska ministerrådet från Region Skåne, Del 1 (2)*.

Region Skåne, Helsingborgs Stad, Finsam, 2015. *Metodrapport; Kultur på Recept*.

Region Syddanmark, 2011. *Paradigme for byggeprogram*. Ajourført d. 9. september 2011

Region Syddanmark og Bygningsstyrelsen, 2014a. *Kunst & Funktion; Kunststrategi for Nyt OUH og Nyt Sund.* 3. april, 2014. (kort udgave)

Region Syddanmark og Bygningsstyrelsen, 2014b. *Kunst & Funktion; Kunststrategi for Nyt OUH og Nyt Sund.* 3. april, 2014.

Region Syddanmark og Bygningsstyrelsen, 2014c. *Kunst & Funktion; Kunststrategi for Nyt OUH og Nyt Sund.* 28. maj, 2014.

Region Syddanmark og Bygningsstyrelsen, 2015. *Kunststrategi og kunstopgaver; fælles kunstprojekt; Nyt OUH og Nyt Sund.* December 2015.

Rydstad M, Löfgren M, Drakos G. Rapport från ett pilotprojekt. Kultur på recept vid långvarig smärta. Citerad: 2016-02-06. Tilgængelig på: <http://kultur.sll.se/sites/kultur/files/kultur-pa-recept-med-bilaga-1.pdf>.

Sloth, N., ncs@rn.dk, 2014. *SV: Spørgsmål vedr. kunst på hospitaler.*[e-mail] Svar til Fich, L.B. (lbfi@create.aau.dk). Sendt 01-04-2014

Staricoff, R., Lopper, S., 2003. Integrating the arts into health care: can we affect clinical outcomes?. In ed: Kirklin, D., Richardson, R. 2003. *The Healing Environment; Without and within*. London: Royal College of Physicians

Staten Folkhälsoinstitut 2005. Kultur för hälsa; En exempelsamling från forskning och praktik”. Tilgængelig via www.fhi.se

Stigmar, K., Åström, M., Sarbast, S., Peterson, I., 2016. *Kultur på recept 2.0*. Epidemiologi- och registercentrum Syd, Skånes universitetssjukvård

Sundheds og Ældreministeriet, Danske Regioner, KL, 2016. *Nationale mål for Sundhedsvæsenet*. Tilgængelig på: http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.ashx [tilgået 29.08.16]

Sundheds- og Ældreministeriet, 2016. *Den Danske Kvalitetsmodel*. (opdateret 22-02-2016) Tilgængelig på: <http://www.sum.dk/Sundhed/Sundhedskvalitet/Den%20Danske%20Kvalitetsmodel.aspx> [Tilgået 05-04-2016]

Sveriges Kommuner och Landsting SKL, 2008. Överenskommelse rehabiliteringsgarantin. Citerad: 2016-06-22. Tilgængelig på: <http://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/smartaochpsykiskohalsa/overenskommelsemedstaten.1035.html>.

Sveriges Riksdag, 2006. Svar på skriftlig fråga 2006/07:1526; Kultur och hälsa. Tilgængelig på: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Fragor-och-anmalningar/Svar-pa-skriftliga-fragor/Kultur-och-halsa_GU121526/ [tilgået 17. november 2015]

Tallant, S., Thiis, L.J., 2010. *Kunststrategi for DNU I Århus*. Statens Kunstfond; Rådgivergruppen DNU.

Tofte, R.B., Schwarz, B., Yoon, S.-Y., Max-Royale, A., 2004. *Color In Healthcare Environments – A Research Report*. CHER

Tse, M.M.Y., Ng, J.K.F, Chung, J.W.Y., Wong, T.K.S., 2002. The effect of visual stimuli on pain threshold and tolerance. *Journal of Clinical Nursing*, 11, pp. 462-469

Ulrich, R., 1981. Natural Versus Urban Scenes: Some Psychological Effects. *Environment and Behavior* 13 pp. 523-556.

Ulrich, R. 1984. View through a Window May Influence Recovery from Surgery. *Science* 224 (4647) pp. 420-421

Ulrich, R.S., Lundén, O., Eltingen, J.L., 1993. „Effects of Exposure to Nature and Abstract Pictures on Patient Recovery from Heart Surgery“. Paper presented at the 33rd meeting of the Society for Psychophysiological Research, Rottach_Egern, Germany, 1993. (Abstract published in *Psychophysiology*, 1993, 30(sup. 1), 7.)

Ulrich, R.S., 2009. Effects of viewing art on health outcomes. I: Frampton, S.B., Charmel, P., 2009. *Putting Patients First; Best practice in patient-centered care*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass

UNESCO 2001. Unesco:s Generalkonferens antar “Allmän förklaring om kulturell mångfald”. Ur pressmeddelande från Unesco den 2 november 2001.

Wilson, Edward, O., 1984/1998. *Biophilia; The human bond with other species*. Cambridge Ma.: Harvard University Press

Ågren, G., 2003. *Den nya folkhälsepolitiken; Nationella mål för folkhälsan*. Statens Folkhälsoinstitut.